FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913 — THÈSE — N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LES

Points douloureux cutanés

ET

leur Traitement manuel

PAR

ADOLPHE GRIAS

Né à Pont-Aven (Finistère), le 8 Août 1887

Président : M. ACHARD, *Professeur*

PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1913

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. D. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	AUGUSTE BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BAR PINARD RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LŒPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ MARCEL	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBÉCOURT	TANON
CHEVASSU	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMARET	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR ADOLPHE GRIAS

A MA MÈRE

Témoignage de ma très reconnaissante affection.

A MA SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur ACHARD

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

En reconnaissance du grand honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

A MES MAITRES DE PARIS

En témoignage de ma vive reconnaissance

A MONSIEUR LE DOCTEUR STAPFER

A MONSIEUR LE DOCTEUR WETTERWALD

A qui nous exprimons notre sincère reconnaissance d'avoir bien voulu nous inspirer ce sujet et nous aider de ses conseils.

PREMIÈRE PARTIE

Des Points douloureux cutanés

Lorsqu'un malade se plaint de souffrir en une région quelconque du corps, que ce soit dans les bras ou les jambes, dans la tête ou le ventre, notre premier soin est toujours de faire préciser l'endroit où siège la douleur. Montrez-nous avec un doigt où vous souffrez. « Et tantôt le patient désigne le trajet d'un nerf, comme on le voit fréquemment dans la sciatique, tantôt il indique, comme dans la névralgie intercostale, plusieurs points distincts sur l'étendue du nerf. » (Valleix).

Connaissant la région douloureuse, mais non le point précis, nous nous efforçons de le trouver au moyen de pressions plus ou moins fortes, et répétées. « Il faut presser avec l'extrémité du doigt sur toute l'étendue... On ne doit négliger aucun point,

quand même le malade n'en indiquerait qu'un petit nombre comme étant le siège de la douleur. » (Valleix).

Là où notre pression a provoqué le maximum de la douleur, là doit être le siège précis de ce qui fait souffrir le malade. Connaissant l'endroit douloureux il faut en rechercher la cause. Le plus souvent après avoir éliminé le traumatisme, l'infection, etc. ne trouvant rien qui puisse expliquer ce phénomène, on invoque une névralgie *sine materia*, une douleur rhumatoïde.

Mais si, au lieu de presser ainsi, nous *malaxions la peau*, notre examen pourrait peut-être nous donner un résultat différent de celui que nous avons obtenu. Le tégument contient les terminaisons cutanées des nerfs sensitifs, intermédiaires obligés de l'organisme et du monde extérieur. En exerçant des pressions sur la peau, nous avons comprimé ces terminaisons sensibles contre un plan résistant plus ou moins profondément situé — os — foie — et plus le plan résistant est profond, plus grande est la pression exercée, plus profondément situé paraîtra le point douloureux.

De plus, ces pressions provoquent par réflexe et par défense involontaire une contraction musculaire qui vous empêche souvent de continuer vos investigations.

La *malaxation de la peau* consiste à *faire un pli au pannicule*, en saisissant entre la pulpe du pouce et celle de l'index et du medius, la peau et le tissu

cellulaire sous-cutané. Valleix dans son livre sur *les névralgies* (p. 348) nous dit lui-même que dans différents points, « la douleur était quelquefois telle que le plus léger contact et le *soulèvement de la peau* suffisaient pour lui donner un haut degré de violence. »

L'examen ainsi pratiqué dans la région douloureuse nous montre « la saisie d'un pli cutané, épaissi, lardacé, et mieux encore des noyaux et des grains. A ce moment le malade détourne la main du bourreau en criant : « Assez! Vous avez trouvé mon mal ! C'est là ! » N'insistez pas, ce serait cruel et inutile, le diagnostic est fait. Contentez-vous de cette souffrance disproportionnée avec votre pression et pourtant très réelle, comme le prouve la protestation de la victime. Si parce que vos doigts ont tout juste saisi, et non comprimé, vous vous défiez des hyperesthésies nerveuses sine materia, saisissez un autre pli de la peau, mince, élastique, dans une autre région et comparez en exerçant la même pression. » (Stapfer).

Ce procédé a permis à Wetterwald de constater :

1° Que toujours ces manipulations éveillent ou augmentent en la localisant en certains points, la douleur habituelle et vague du malade.

2° Que souvent la présence de noyaux indurés peut expliquer la douleur.

3° Qu'assez souvent le derme est épaissi, infiltré, comme lardacé.

4° Que quelquefois la peau ne présente aucune modification.

Ainsi il existe des *points douloureux superficiels* siégeant dans le tissu sous-cutané ou sous-muqueux. Ce sont la *panniculite* de STAPFER, la *cellulite* de WETTERWALD, les *points nerveux* de CORNELIUS.

Nous avons toujours constaté, chez les malades qui se plaignaient de douleurs vagues et mal localisées, ces points superficiels. La palpation de la peau nous a fait reconnaître le plus souvent des noyaux indurés. Dans les masses plus volumineuses si toute la masse a une sensibilité spéciale il existe un, quelquefois deux points ultra-sensibles, où la douleur est exquise : c'est le *point princeps* par où a débuté la lésion. C'est aussi le point où la lésion est le plus avancée, l'induration la plus nette.

Chez les quelques malades où il nous a été donné de ne rencontrer aucune altération de la peau, ce point douloureux correspondait toujours comme localisation à notre point princeps.

Y a-t-il une relation entre les points profonds et les points cutanés ? Cette question se pose surtout à propos des points abdominaux.

Les auteurs classiques rattachent les points profonds à des lésions intestinales, à une compression ganglionnaire liée à une liaison organique, à une

hyperesthésie nerveuse ou vasculaire. Certains admettent que les points pariétaux ou superficiels sont la répercussion d'une lésion profonde de leur voisinage. Pour les autres, ils représenteraient tantôt une lésion neurodermique locale, liée à un état diathésique, tantôt un processus congestif ou inflammatoire aigu ou chronique des organes abdomino-pelviens.

Pour Wetterwald, les points douloureux profonds et superficiels ont la même situation anatomique. Les points superficiels sont là où la peau est immédiatement en contact avec le squelette ; les points profonds là où elle en est séparée par des couches musculaires épaisses ou par l'intestin distendu, et où il faut déprimer profondément tous ces obstacles pour que le doigt rencontre enfin son point d'appui.

Et pour vérifier ce fait, l'auteur fait la *contre-épreuve :*

Elle consiste à saisir la peau seule entre le pouce et l'index, afin d'isoler le point sensible. Puis, de l'autre main, appuyer vigoureusement la peau sur le plan profond — il n'y a pas de douleur.

Cette propriété « douleur » appartient donc bien à la peau.

» On ne peut nier qu'une excitation nerveuse périphérique puisse déterminer une excitation semblable en un autre point de la périphérie : le fait est constant. Une douleur provoquée en un point nerveux (Cornelius) la simple excitation de ce point

réveille fréquemment une sensation analogue en une région plus ou moins éloignée des téguments. Ces actions cutanées peuvent causer également des réactions profondes : le simple frôlement de la paroi abdominale réveille des contractions intestinales. Qui empêche que ces mêmes actions provoquent en profondeur des réactions d'une autre nature ?

« Il est certain que si l'état des organes intra-abdominaux se reflète jusqu'à un certain point dans la paroi (l'aspect du ventre n'est-il pas un précieux indice dans les affections péritonéales, et n'interroge-t-on pas, pour établir le diagnostic, ses réactions sensibles, motrices, vaso-motrices et sécrétoires !) il est certain, dis-je, que l'hyperesthésie des points anatomiques du tégument trahit le déséquilibre neuro-circulatoire des viscères, ganglions et plexus de la cavité. Ce qu'on appelle le point de X, Y, Z n'est pas une chose surajoutée à la peau : c'est une terminaison nerveuse intra dermique, peu sensible à l'état normal, supra-sensible dans les états pathologiques. Provoquez en ce point une excitation, elle se transmettra en profondeur, en bien ou en mal, suivant les cas...

« Les *points dits profonds* ne sont donc souvent autre chose que des *points superficiels* qu'on croit être profonds, et si, au lieu de déprimer les tissus pour les rechercher, on les soulevait, quelques-uns de ces points apparaîtraient comme étant nettement intra-dermiques. Les nombreuses terminaisons

dans la peau du ventre des perforants latéraux et antérieurs, des rameaux abdominaux des derniers intercostaux et du premier lombaire, expliquent que l'on découvre fréquemment de nouveaux points dans la paroi.

« La fixité relative de ces localisations nerveuses peut aider à comprendre qu'elles soient constamment en regard de certains organes respectivement sous-jacents, sans qu'on soit autorisé à en inférer qu'il n'y a aucun rapport de cause à effet entre leurs lésions réciproques.

Cette hypothèse n'exclut pas celle d'une relation entre la douleur superficielle et une angialgie, et n'enlève pas la moindre partie de l'intérêt qu'offrent ces études. » (Wetterwald).

Après avoir étudié l'histologie pathologique des points douloureux cutanés, nous essayerons de donner une topographie de ces points avec les symptômes cliniques qui les accompagnent. Ensuite leur étiologie et pathogénie.

Nous terminerons par leur traitement.

Anatomie Pathologique

L'histoire anatomo-pathologique des algies cutanées que nous révèle la malaxation du tégument est peu connue. Cela tient à ce que ces recherches sont récentes, et à ce qu'étant habituellement bénignes, ces lésions n'entraînent pas la mort, ou n'attirent par l'attention lors des autopsies.

Ces algies se présentent sous différents aspects :

Quelquefois on ne trouve qu'un point douloureux pur et simple n'offrant rien d'objectif à la pulpe du doigt.

Plus souvent, il existe un *nodule sous-cutané* dont la grosseur varie d'un grain de chenevis à celle d'une noix.

Dans certains cas, ce nodule s'étend et constitue une masse volumineuse qui envahit toute une région, comme la face interne de la cuisse, la face postérieure de la jambe, toute la paroi abdominale, comme dans l'obésité et même pour Wetterwald,

comme dans la maladie de Dercum. En général, la peau blanc-bleuâtre, tendue, luisante comme si on l'avait lubréfiée, donne l'impression qu'elle va se craqueler ; fréquemment on y voit des réseaux de veinules variqueuses violacées superficielles. Notons qu'il n'y a jamais de saillies en relief.

Si on essaye de malaxer le tégument, la peau semble adhérer aux plans sous-jacents. Les doigts malaxeurs ont la sensation d'œdème pâteux, dur, rénitent, comme celle du lard figé. C'est un œdème de sa nature jamais mou, jamais séreux, toujours plastique, de consistance résistante, non malléable, ne se creusant pas en godets, parfois très dur. (Stapfer).

Stapfer fut un des premiers à le signaler : « J'ai désigné les altérations chroniques du tissu cellulaire abdomino pelvien sous le nom de *cellulite*, ou *œdème douloureux*. La cellulite est un œdème tantôt dur et douloureux, tantôt mou et indolent du tissu conjonctif, qui peut se manifester partout où ce tissu existe... En massant, les Suédois ont constaté que les douleurs avaient leur point de départ dans des noyaux d'œdème dur et pâteux, gros comme des grains de riz, et siégeant dans le tissu conjonctif. « Ce n'est pas seulement dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale qu'on l'observe, mais dans celui des cuisses, des fesses, de la nuque. Les Suédois n'ont pas hésité à dire qu'on le percevait dans toute l'étendue sous-cutanée. »

Divers auteurs anglais (1) Dr Balfour, Dr Jawger, Dr Ralph Stockman, Dr Maxwell Telling, ont décrit sous le nom de « *nodular fibromyositis* » des indurations, des infiltrations, dont le processus morbide consiste en une « hyperplasie inflammatoire locale du tissu conjonctif ». Cette hyperplasie est caractérisée par « un œdème, un épaississement très variable comme caractère et comme degré. » Il peut être peu considérable et impalpable ; il peut former une tuméfaction sérieuse et durable ; il peut être aigu et passager, ou bien chronique, et constituer alors une masse fibreuse très résistante. « Dans toutes les circonstances, il tend à devenir douloureux. »

Les foyers inflammatoires peuvent être limités à un unique point, comme ils peuvent être irrégulièrement dispersés à travers le corps.

« Ces indurations ont des formes variables. Parfois, spécialement dans la région lombaire, dans le fascialata, de larges parties d'aponévroses, ou de tissu fibreux sous-cutané, deviennent plus ou moins uniformément épaissis, avec peut-être des indurations plus prononcées en certains points. Dans les cas graves, ils donnent à la peau un toucher dur, non élastique, et charnu. Plus ordinairement, les infiltrations fibreuses sont plus définies et plus circonscrites : elles varient en grandeur d'un petit

(1) Je dois l'indication d'origine de ces textes anglais à l'aimable obligeance du Dr Durey, assistant de physiothérapie à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Qu'il veuille bien recevoir, ici, tous nos remerciements.

grain de plomb à la moitié d'une noix. Les plus étendues peuvent être rondes, aplaties, les plus petites font l'effet de grains de chapelet...

« Quelquefois ils sont profondément placés... quelquefois ils reposent superficiellement dans le tissu sous-cutané. » (Stockman).

Pour les auteurs anglais, il existe donc dans le tissu sous-cutané des nodosités douloureuses, et celles-ci seraient identiques à celles que l'on trouve dans tout le « tissu connectif » de l'organisme. Ces nodosités seraient des exsudats inflammatoires qui « au début, peuvent se résoudre assez facilement, ne laissant aucune trace apparente, mais qui, à la plus légère provocation, tendent à se reformer dans la région atteinte. Elles deviennent permanentes, souvent augmentent de dimensions et, se propagent sur une large étendue. »

Cette étude de Stockman est illustrée de planches reproduisant des coupes anatomiques dont voici les sujets :

Coupe de perimysium enflammé formant une tuméfaction douloureuse au niveau du muscle. Cette tuméfaction consiste en tissu fibreux proliféré et œdémateux qui pénètre par places entre les fibres musculaires.

Coupe d'un nodule fibreux situé immédiatement sous la peau et se continuant avec elle.

Couche de tissu fibreux situé dans la graisse sous-cutanée, et y fusant.

Coupe d'une portion de nodule montrant de la

periartérite et de l'endartérite et de nombreux vaisseaux sanguins.

Coupe d'un nodule périostique récent, montrant le tissu fibreux œdémateux et hypertrophié.

Ces préparations nous montrent que dans certaines formes de cellulite, le tissu conjonctif périmusculaire participe au processus pathologique.

Geoffroy St-Hilaire, dans sa thèse « *sur les œdèmes abdomino-pelviens en gynécologie* », nous dit que « personne n'a étudié histologiquement la formation de noyaux durs et très douloureux qui se présentent soit superficiellement, soit dans la couche graisseuse, dans l'épaisseur de la paroi, à l'hypochondre, etc. Mais leurs caractères cliniques et thérapeutiques sont tellement semblables aux formations cellulitiques du bassin qu'on peut supposer qu'elles sont analogues. » Cet auteur n'a pas pu faire d'autopsie de malades cellulitiques soignés par lui et se rapporte à ce que dit Aran à ce sujet, dans ses cliniques sur les *maladies de l'utérus*. Mais il a reproduit, sur le cadavre « les exsudats séreux, les œdèmes jeunes, les œdèmes dus aux stases veineuses... qui représentent la première étape de bien des affections génitales, débutant par une infiltration du tissu cellulaire, et aboutissant à ces affections chroniques qui siègent tout à la fois dans l'appareil utéro-annexiel et dans le tissu conjonctif qui le tapisse. » Ces œdèmes mous et durs sont les premiers degrés d'une transformation fibreuse du tissu conjonctif.

Il assimile les noyaux douloureux cutanés à de l'œdème fibroplastique : celui-ci ne tend pas à la suppuration. « Pouvant accompagner les lésions génitales, on le trouve surtout sur la paroi abdominale, où il se présente sous forme de noyaux œdémateux diffus ou circonscrits. »

Dans le résultat d'autopsies de plusieurs malades, ayant présenté dans leur existence des symptômes d'adipose douloureuse, Dercum signale constamment des lésions de *névrite interstitielle*, au niveau des filaments nerveux inclus dans les masses adipeuses sous-cutanées. Ces dernières renferment également des ganglions hémolymphatiques, montrant sur une coupe des vaisseaux sanguins au milieu d'un tissu réticulaire et de cellules lymphoïdes.

D'autre part, cet auteur a pratiqué des examens histologique nombreux d'un des cas qu'il a soignés, et a pu constater de visu le début du processus par l'œdème, et son évolution vers l'adipose, avec terminaison scléreuse.

« Pour les auteurs qui ont étudié l'anatomie pathologique du tissu cellulaire, il n'y a pas lieu de faire de distinction à ce point de vue, entre les œdèmes étendus, les œdèmes localisés et d'autres manifestations analogues : nodosités éphémères (Ferreol, nodosités sous-cutanées rhumatismales (Troisier), lipomes et pseudo-lipomes (Verneuil, Potain). Ces productions pathologiques sont constituées au début par du tissu de granulation pur, par des noyaux inflammatoires de nouvelle formation.

Ces éléments évoluent ensuite vers le tissu fibreux ; on voit aussi dans la cellulite des névrites périphériques engendrées par la congestion chronique des éléments conjonctifs des nerfs, et du voisinage des nerfs, dues à des troubles héréditaires et acquis de la circulation de la nutrition. La névrite, à son tour, produit les effets bien connus sur les appareils moteurs, sensibles, vaso-moteurs, et secrétoires . ainsi se trouve constitué le cercle vicieux. Il est oiseux de discuter pour savoir lequel des deux a commencé : de l'œdème ou de la névrite. On peut réunir ces deux processus qui sont identiques, marchant de pair, et les appeler phénomènes cellulo-névritiques. » (Wetterwald).

Ainsi l'on voit que les nodosités sous-cutanées douloureuses, qui siègent dans le tissu conjonctif, ne sont que de la cellulite localisée, cellulite dont Stapfer résume ainsi le processus anatomo-pathologique, « Phlebectasie persistante, œdème séreux, œdème plastique, néoformations conjonctives. »... C'est l'altération chronique du tissu qui forme la trame souple, la charpente solide mais élastique de tous les organes, c'est-à-dire du tissu conjonctif. Les étapes de la cellulite aboutissent à la sclérose. » C'est donc une *presclérose*.

Les lésions anatomiques de la cellulite semblent être celles de la névrite interstitielle.

De nombreuses cellules lymphatiques et graisseuses infiltrent, au début, le tissu conjonctif du névrilemme. Puis on observe des végétations scléreu-

ses du tissu conjonctif constituant. Le nerf atteint est épaissi, dur, augmenté de volume par l'exubérance du tissu néo-formé (Pitres et Vaillard). Dercum a observé la dégénérescence des cellules lymphatiques, suivant un processus adipo-scléreux, en même temps que la névrite interstitielle des nerfs inclus dans les masses adipeuses. Les altérations périnévritiques et lympho-conjonctives sont donc contemporaines et analogues.

Qu'il survienne un traumatisme, ou des troubles circulatoires dans une région du corps, il se produit un œdème sous-cutané qui peut devenir scléreux. Comme ce tissu conjonctif scléreux entoure les extrémités nerveuses, il les comprime, d'où névralgie, puis névrite avec altération du nerf et toute la séquelle des troubles trophiques (Dausset). Ceux-ci siègent à l'extrémité d'un nerf et se développent autour de cette extrémité comme les concrétions d'un calcul sur un corps étranger.

En résumé, sous l'action de causes diverses, il se produit dans le tissu conjonctif *une stase circulatoire qui prédispose ce tissu à une organisation fibreuse. Celle-ci en évoluant comprime les tissus propres qu'elle enclave, principalement les extrémités nerveuses, d'où la douleur.*

Topographie et Symptomatologie

Nous venons de voir que la malaxation du tégument nous permet de déceler, dans le tissu cellulaire sous-cutané, des *nodosités* à tendance fibreuse, caractérisées par le phénomène *douleur*. Celui-ci est dû à la compression, dans la masse nodulaire, des extrémités nerveuses sensibles.

La clinique montre que ces nodosités siègent dans les mêmes régions ; nous savons que dans chaque nodosité il existe un point ultra sensible, le point princeps. Ce sont ces derniers que nous avons essayé de topographier en nous inspirant, pour cette classification, de la « Topographie des Névralgies » du docteur Wetterwald.

Nous étudierons successivement les points douloureux cutanés de la tête, des membres supérieurs et inférieurs, des régions thoraco-abdominales et dorso-lombaires.

Cette manière de procéder nous a paru plus simple que celle qui consistait à les étudier par affec-

tion. Ces points sont très variables pour une même affection : d'ailleurs, seuls, ils ne caractérisent aucune affection organique. Ils sont accompagnés d'une symptomatologie complexe. On peut toutefois grouper d'une manière générale les différents troubles occasionnés.

« Troubles de la sensibilité, et vaso-moteurs. — Le premier est la *douleur*, pénible pour le malade, douleur qui s'irradie dans toute la région. Sa gravité varie avec la région affectée. On la désigne souvent sous le nom de névralgie, de douleur rhumatismale. Il peut y avoir de l'hypo ou de l'hyperesthésie.

Le sujet peut accuser *une sensation de froid* ou de *chaleur* indépendamment de la température extérieure.

Les téguments peuvent être plus ou moins colorés, suivant l'état de la circulation locale.

Troubles moteurs. — Ceux-ci sont caractérisés par de l'*asthénie :* le sujet éprouve une pesanteur, une lourdeur, une fatigue dans la région, et cette asthénie peut se généraliser. Il peut exister aussi de la *parésie*, de *l'impotence fonctionnelle*. Notons en particulier que la présence de points douloureux sur la cage thoracique peut suspendre le jeu du thorax (Rosenthal) et contribuer à une insuffisance respiratoire.

Troubles secrétoires. — Certains cellulitiques présentent des modifications en quantité ou qualité

de secrétions, offrant parfois des types opposés alternatifs (dyspepsie avec hypo et hyperchlorhydrie). L'augmentation des sécrétions bronchiques semble dépendre, chez certains catarrheux, de l'irritation des filets nerveux moto-sécrétoires par sclérose du tissu conjonctif broncho-pulmonaire.

Les sécrétions peuvent être altérées, diminuées, augmentées et même supprimées.

Troubles trophiques. — Ces troubles sont dus à l'altération chronique des tissus, à la tendance à la sclérose par suite de la répétition congestive. Le terme ultime est la dégénérescence adipo-scléreuse.

Après avoir donné une description sommaire de l'innervation sensible de la région, nous établirons la liste des points douloureux cutanés, et dans un court résumé nous passerons en revue les différentes affections dont ces points sont tributaires.

Points douloureux cutanés de la tête

La sensibilité de la face et de la moitié antérieure de la tête est due au nerf trijumeau, celle de la moitié postérieure de la tête, et celle du cou aux quatre premières paires cervicales.

A. — Au sortir du ganglion de Gasser, le nerf trijumeau se divise en trois branches. Ce sont :

Le nerf ophtalmique.
Le nerf maxillaire supérieur.
Le nerf maxillaire inférieur.

Nerf ophtalmique. — A sa sortie de la fente sphénoïdale, le nerf ophtalmique est divisé en trois branches :

1° *Le nerf nasal* qui comprend :

(a) *Le nerf nasal externe* donnant un rameau supérieur qui se porte vers la partie interne de la pau-

pière supérieure et de l'espace intersourcilier. — Un rameau inférieur qui va à la partie interne de la paupière inférieure. — Un rameau moyen qui se ramifie dans la peau de la partie supérieure du dos du nez, depuis sa racine jusqu'au bord inférieur des os propres du nez.

(b) *Le nerf nasal interne* dont le filet externe sous le nom de nerf naso-lobaire s'épuise en ramifications plus ou moins ténues dans la peau du lobule du nez.

2° *Le nerf frontal* qui se divise en :

(a) *Le frontal externe* ou *sus-orbitaire*. Il devient superficiel en sortant du trou sus-orbitaire, et donne des rameaux frontaux, situés dans la région frontale, et allant jusqu'à la suture lambdoïde.

Ces filets s'entremêlent aux filets formés par le *grand* et le *petit nerf occipital* d'Arnold. Il donne aussi des rameaux palpébraux allant aux paupières.

(b) Le *frontal interne* donne des rameaux frontaux, palpébraux et nasaux : ces derniers se dirigent vers la région intersourcilière.

3° *Le nerf lacrymal* qui donne, après sa sortie de la glande lacrymale des rameaux palpebraux qui s'épuisent dans la peau et la muqueuse de la partie externe de la paupière supérieure, et quelques filets qui se rendent à la peau de la région temporale.

Nerf maxillaire supérieur. — Le nerf maxillaire supérieur, en se rendant du ganglion de Gasser au trou sous-orbitaire émet comme rameau cutané le *rameau orbitaire*. Celui-ci, après sa sortie de la fente sphéno-maxillaire se divise en (a) rameau lacrymo-palpébral, dont le filet palpébral se distribue à la paupière supérieure. (b) Rameau temporo-malaire, qui donne un filet malaire se rendant dans la peau de la pommette, et un filet temporal qui s'anastomose avec le nerf temporal profond antérieur, et se distribue à la peau de la région temporale.

A sa sortie du trou sous-orbitaire, le nerf maxillaire supérieur s'épanouit en un grand nombre de filets dont l'ensemble constitue *le bouquet* ou *les rameaux sous-orbitaires* présentant trois groupes : les filets palpébraux, allant à la paupière inférieure ; les filets labiaux, allant à la lèvre supérieure ; les filets nasaux, allant à l'aile du nez et à la peau du vestibule des fosses nasales.

Le nerf vidien fournit un rameau crânien qui donne le grand nerf pétreux superficiel : ce dernier s'anastomose avec le nerf facial au niveau du ganglion géniculé.

Nerf maxillaire inférieur. — A sa sortie du trou ovale le nerf maxillaire inférieur s'épanouit en sept branches. Parmi celles-ci, les suivantes se rendent à la peau :

Le nerf buccal se termine par des rameaux qui

vont en partie à la face profonde de la peau des joues et des lèvres.

Le *nerf auriculo-temporal* ou *temporal superficiel*, abandonne au niveau du condyle du maxillaire inférieur des filets faciaux, qui se distribuent à la portion antérieure de la région temporale, et à la portion supérieure de la région massétérine. — Un filet auriculaire qui se distribue à la peau du tragus.

Ce nerf se termine par un trajet ascendant, et s'épanouit en divers filets dans la peau des tempes.

Le *nerf dentaire inférieur* donne, à sa sortie du trou mentonnier, le nerf incisif et le nerf mentonnier. Ce dernier s'épanouit en un bouquet de filets divergents qui se distribuent à la peau du menton, et de la lèvre inférieure.

B. Les quatre premières paires cervicales possèdent des branches postérieures, et des branches antérieures.

Des quatre branches postérieures, la première ne donne pas de rameau cutané. La seconde, ou *grand nerf occipital* d'Arnold, après avoir traversé le grand complexus devient sous-cutanée. Elle se dirige en haut, et s'épanouit en un nombre considérable de branches qui couvrent la région occipitale et vont jusque dans la région pariétale.

Les troisième et quatrième branches quittent la goutlière vertébrale, et après avoir perforé le splenius, et le trapèze, se distribuent au tissu cellulaire sous-cutané de la nuque.

Notons que la troisième paire émet un second rameau cutané qui se termine à la peau de la région occipitale.

Les QUATRE BRANCHES ANTÉRIEURES constituent en partie le PLEXUS CERVICAL SUPERFICIEL, dont les rameaux intéressants sont :

1° *La branche cervicale transverse* qui provient de l'anastomose des deuxième et troisième paires cervicales. Ses rameaux terminaux, formés au niveau du bord antérieur du sterno-cleïdomastoïdien, perforent le peaucier en des points variables et se distribuent : les rameaux ascendants à la peau de la région sus-hyoïdienne ; les rameaux descendants à la peau de la région sous-hyoïdienne.

2° La *branche auriculaire* provient également de l'anastomose des deuxième et troisième cervicales. Elle contourne le bord postérieur du sterno-cleïdo mastoïdien et fournit des filets, d'une part, à la partie inférieure de la région masséterine et à la glande parotide ; d'autre part, au lobule de l'oreille et aux deux faces du pavillon.

3° *La branche mastoïdienne*, ou *petit nerf occipital* d'ARNOLD, naît de la deuxième paire cervicale. Longeant le bord postérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien, elle se divise, en atteignant le crâne, en rameau antérieur, qui se ramifie dans la peau de la région mastoïdienne, et la partie postérieure de la région temporale — en rameau postérieur qui s'anastomose avec les filets externes du grand nerf occipital d'ARNOLD.

4° Les *branches sus-claviculaires* et *sus-acromiales*, qui naissent de la quatrième paire cervicale et couvrent de leurs filets le triangle sus-claviculaire.

L'innervation de la région connue, nous allons rechercher les points douloureux cutanés, tel que nous les montre la clinique. Ceux-ci siègent soit aux extrémités nerveuses, soit aux anastomoses des différents filets nerveux entre eux, soit à leurs points d'émergence.

Point frontal. — Siège sur la bosse frontale ; dû à la branche frontale ascendante du nerf sus-orbitaire.

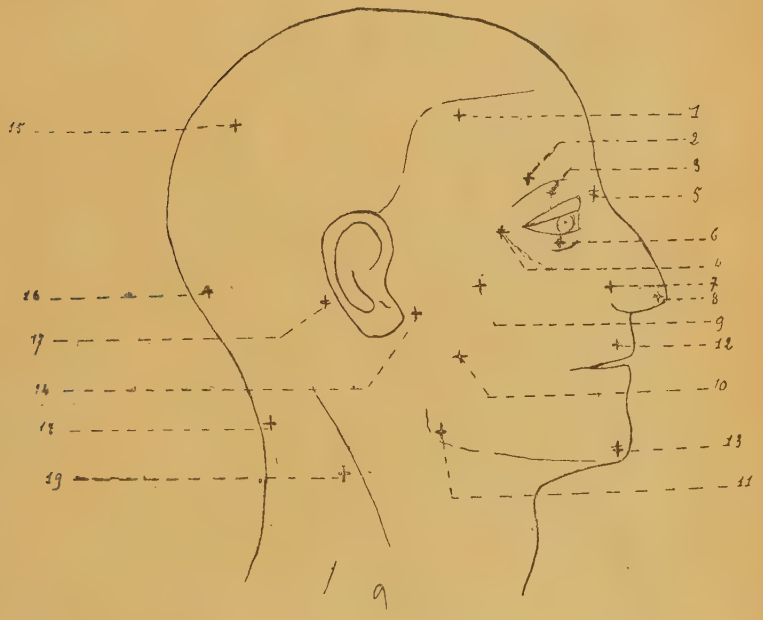
Point orbito-frontal. — Siège à la partie médiane du sourcil ; dû à la même branche.

Point sus-orbitaire. — Situé au-dessus du trou sus-orbitaire, dû à l'émergence du nerf frontal externe.

Point palpébral. — Situé à la partie externe de la paupière supérieure, dû à l'émergence du nerf lacrymal.

Point nasal. — Situé un peu en dedans, et au dessous de l'angle interne de l'œil, dans la partie supéro-latérale du nez, dû au point d'émergence du nerf nasal.

Peldoouo un téueraxsuints de la Tête



1. Point frontal.
2. — orbito-frontal.
3. — sus-orbitaire
4. — palpébral.
5. — nasal.
6. — sous-orbitaire.
7. — du sillon nasal.
8. — du lobule nasal.
9. — malaire.
10. — temporo-maxillaire.
11. Point de l'angle de la mâchoire.
12. — labial.
13. — mentonnier.
14. — temporal.
15. — pariétal.
16. — occipital.
17. — mastoïdien.
18. — de la nuque.
19. — carotidien.

Point sous-orbitaire. — Situé sur le trou sous-orbitaire, dû à l'épanouissement du nerf maxillaire supérieur.

Point du sillon nasal. — Dû aux rameaux sus-orbitaires.

Point du lobule du nez. — Dû au nerf naso-lobaire.

Point malaire. — Situé au bord inférieur de cet os, au passage du filet malaire du rameau orbitaire.

Point temporo-maxillaire. — Situé dans l'échancrure sigmoïde dû au nerf masseterin.

Point de l'angle de la mâchoire. — Situé à l'angle du maxillaire inférieur, dû au rameau cutané du nerf bucal.

Point labial. — Situé dans la lèvre supérieure, dû au nerf buccal.

Point mentonnier. — Situé à la partie antérieure de l'os maxillaire inférieur, dû au nerf dentaire inférieur.

Point temporal. — Situé immédiatement en avant du tragus, un peu au devant de l'oreille, dû à la branche temporale du maxillaire inférieur.

Point pariétal. — Situé au-dessus de la bosse pariétale, vers la partie postérieure de la suture sagittale, à trois travers de doigt du sommet de la suture, dû à l'entrelacement de la branche frontale avec la branche temporale superficielle, et les nerfs grand et petit occipital d'Arnold.

Point occipital. — Situé au dessous de l'occiput, un peu en dehors des premières vertèbres cervicales, au milieu de la ligne courbe inférieure, à égale distance de la crête occipitale externe, et de l'insertion du pavillon de l'oreille, dû à l'émergence du grand nerf occipital d'ARNOLD.

Point mastoïdien. — Situé au niveau de l'apophyse mastoïde, dû à la branche mastoïdienne du plexus cervical superficiel.

Point de la nuque. — Situé à la partie moyenne du cou, vers le bord postérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien, dû à la branche mastoïdienne du plexus cervical superficiel.

Point carotidien.— Situé au milieu du cou, sur le côté, dû au plexus cervical superficiel.

Points vertébraux. — Situés aux interlignes des premières vertèbres, dus aux anastomoses de branches du plexus cervical postérieur.

On trouve les points douloureux cutanés de la tête dans un certain nombre d'entités morbides, soit qu'ils aient le rôle primordial, soit qu'ils s'ajoutent à une liste quelquefois longue de symptômes différents.

Dans les *névralgies du trijumeau* (Voir obs. 1), ces points occupent les points de VALLEIX. On y trouve le point sus-orbitaire, pour la névralgie de la branche ophtalmique ; le point mentonnier pour le maxillaire inférieur, les points sous-orbitaires

et malaire pour le maxillaire supérieur ; les points palpébral, nasal, frontal, etc...

Les névralgies de la région cervicale couvrent une surface limitée par les bosses occipitales, les apophyses mastoïdes, les bords supérieurs du trapèze où siègent des points douloureux. Souvent d'autres points, sièges de douleur, leur sont associés dans les régions voisines, vertex, front, occiput, dos, bras. (V. obs. II).

« Les muscles nombreux et de directions variées qui s'insèrent aux lignes semi-circulaires supérieures et inférieures (splénius de la tête et du cou, grand et petit complexus, digastrique, grand et petit droit de la tête, oblique supérieur et inférieur) donnent une grande mobilité dans tous les sens aux pièces osseuses du squelette cervico-crânien. Il en résulte que les lésions sensitives y déterminent des réflexes de spasme, de contracture (torticolis) quelquefois de paralysies plus graves et plus fréquentes qu'ailleurs. Mais les troubles moteurs cèdent dès que la lésion primitive, qui siège dans les nerfs sensibles, est en voie de disparition, lorsqu'il n'y a pas de propagation névritique aux nerfs moteurs, et de lésions dégénératives des muscles. » (Wetterwald).

La *neurasthénie* est en général riche en points douloureux cutanés. Parmi les symptômes capitaux, il faut noter la *céphalagie* et la *rachialgie*. —

La céphalée affecte le plus souvent la forme d'une calotte. Le patient indique comme siège de son mal le sommet de la tête et la nuque, quelquefois le front et les yeux. Ses cheveux sont endoloris, et la manœuvre du peigne est intolérable. De plus, il éprouve une sensation de vide, de brouillard, de vertige. Le cimier de ce casque — la *douleur en casque* est connue — figure, au niveau de ses trois courbures, les *trois* zônes qui sont invariablement les centres d'où la douleur s'irradie au loin. Ces trois zônes sont l'orbito-frontale, la vertico-pariétale, l'occipito-cervicale. Chacune comprend deux points douloureux symétriquement placés de chaque côté du plan sagittal, qui passe par le milieu du crâne. Ce sont le point orbito-frontal, le point pariétal et le point occipital.

Quant à la *rachialgie*, elle occupe les deux zônes cervico-dorsale et lombo-sacrée, avec des points intermédiaires trapéziens, omo-vertébral, axillaire.

Certains auteurs, Cornélius entr'autres, rattachent le *vertige* au point douloureux cutané sus-orbitaire. L'état vertigineux croît ou décroît selon la sensibilité du point. Cependant, il faut tenir compte de l'état gastrique de ces sujets. Faut-il voir un rapport entre ces deux phénomènes ?

Les points douloureux cutanés de la tête se trouvent aussi dans la *migraine*.

Notons enfin que, dans certains états qualifiés de *rhumatoïdes*, on trouve des points douloureux cu-

tanés dans différentes parties du corps, dans la tête comme dans la cuisse, comme dans le dos. Ces points ont une certaine relation entre eux. (V. obs. III).

Points douloureux cutanés du Membre supérieur

Les branches antérieures des quatre dernières paires cervicales, et de la première paire dorsale forment un entrelacement nerveux qui a reçu le nom de plexus brachial. Les différents troncs nerveux qui émanent de ce plexus innervent le membre supérieur.

Notons des anastomoses avec le plexus cervical, le grand sympathique, le second nerf intercostal.

Des branches collatérales du plexus brachial, seul l'*accessoire du brachial cutané interne* est sensitif, et se distribue à la peau de la face interne du bras.

Toutes les branches terminales émettent des rameaux sensitifs.

Le NERF CIRCONFLEXE donne naissance au *nerf cutané de l'épaule*. Celui-ci se dégage du deltoïde en contournant son bord postérieur, perfore l'aponévrose, et recouvre le moignon de l'épaule et la face

externe du bras de ses ramifications divergentes qui se perdent dans la peau.

Le NERF BRACHIAL CUTANÉ-INTERNE, exclusivement sensitif, fournit un peu au-dessus de son origine un filet cutané brachial, qui se distribue à la peau de la région interne du bras.

Il se termine par une branche épitrochléenne passant en arrière de l'épitrochlée, et se distribuant par de nombreux rameaux à la peau de la région postéro-interne de l'avant-bras, depuis le coude jusqu'au poignet, et par une branche cubitale qui se divise en plusieurs rameaux. Ceux-ci recouvrent de leurs divisions secondaires la région antéro-interne de l'avant-bras.

Notons les anastomoses, 1° à la face antérieure de l'avant-bras, avec les filets terminaux du nerf musculo-cutané ; 2° un peu au-dessus du poignet, avec un rameau issu du nerf cubital.

Le NERF MUSCULO-CUTANÉ, après avoir perforé le muscle coraco-brachial, puis, un peu au-dessus de l'interligne articulaire du coude l'aponévrose superficielle, devient sous-cutané et se divise en une branche postérieure qui fournit ses rameaux à la région postéro-externe de l'avant-bras, et quelquefois jette de fins rameaux sur la région du premier métacarpien et dans le premier espace interosseux — en une branche antérieure qui s'épuise dans la peau de la région antéro-externe de l'avant-bras : on peut suivre les filets terminaux jusque dans l'éminence thénar.

Le NERF MÉDIAN donne naissance à deux ou trois centimètres au-dessus du poignet au *nerf cutané palmaire*, qui perfore l'aponévrose entre les tendons du grand et petit palmaires et distribue un rameau externe à la peau de l'éminence thénar, un rameau interne à la peau de la région palmaire moyenne.

Ses branches terminales donnent la sensibilité à la face palmaire du pouce ; à la face palmaire et à la plus grande partie de la face dorsale de l'index, du médius et de la moitié externe de l'annulaire.

Le NERF CUBITAL par son collatéral le *nerf cutané dorsal de la main*, qui siège dans la région postérieure de l'avant-bras, et par sa branche terminale superficielle, préside à la sensibilité de la peau de la moitié interne de la région dorsale de la main, de l'éminence hypothénar, du petit doigt, et de la moitié interne de l'annulaire.

Le NERF RADIAL, au moment de s'engager dans la gouttière de torsion se sépare de son *rameau cutané interne*, qui se distribue à la peau de la région postéro-interne du bras.

A la partie inférieure de la gouttière de torsion, il se sépare du *rameau cutané externe*, qui se distribue à la peau de la partie moyenne de la région postérieure de l'avant-bras.

Sa branche terminale cutanée se divise en différents rameaux qui président à la sensibilité de la peau de la moitié externe du dos de la main, de la face dorsale du pouce, de la face dorsale de la pre-

mière phalange de l'index, de la moitié externe de la face dorsale de la première phalange du médius.

Voici les points nerveux que l'on rencontre dans cette région :

Point sus-acromien, situé en arrière de la réunion de l'acromion et de la clavicule, dû aux branches sus-acromiales.

Point sous-claviculaire, situé au-dessous de la partie externe de la clavicule, au devant de la seconde courbure, dû au rameau intercostal.

Point axillaire, situé au sommet du creux axillaire, dû au rameau supérieur du brachial cutané interne.

Point deltoïdien, situé à la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen du deltoïde, dû au rameau cutané du nerf circonflexe.

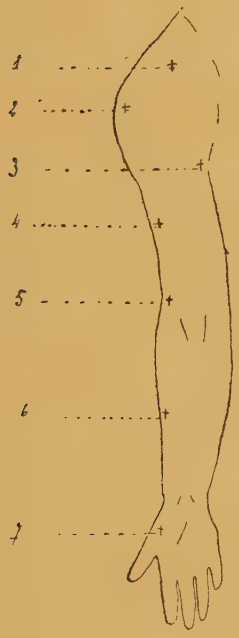
Point sous-épineux, situé au milieu de la fosse sous-épineuse, dû à un rameau de la branche postérieure du troisième dorsal.

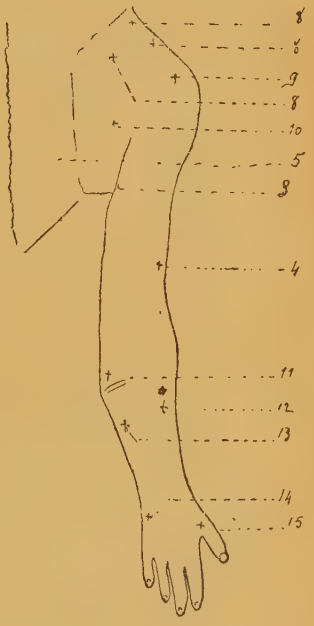
Point du V deltoïdien, dû au rameau cutané du circonflexe.

Point épitrochléen, situé au niveau de l'épitrochlée, dû à la branche épitrochléenne du brachial cutané interne.

Point épicondylien, situé un peu en dedans de l'épicondyle, dû au rameau cutané externe du radial.

Points douloureux cutanés des Membres supérieurs





1. Point sous-claviculaire.
2. — deltoïdien.
3. — axillaire.
4. — du V deltoïdien.
5. — inter-omo-vertébral.
6. — radial inférieur.
7. — de l'éminence thénar
8. — trapézien.
9. Point sus-acromien.
10. — sous-épineux.
11. — épitrochléen.
12. — radial supérieur.
13. — cubital.
14. — cubito-carpien.
15. — radio-métacarpien.

Point radial supérieur, situé dans la région radiale supérieure, dû au musculo-cutané.

Point cubital, situé dans la région cubitale supérieure, un peu au-dessous du niveau du point radial, dû au brachial cutané interne.

Point cubito-carpien, situé au dessous de l'apophyse styloïde du cubitus, dû au nerf cutané dorsal du cubital.

Point radio-métacarpien, situé au niveau du premier métacarpien, dû à la branche terminale cutanée du radial.

Point de l'éminence thénar, dû à la branche terminale cutanée du radial.

Points trapéziens, situés le long du bord antérieur du trapèze, du bord postérieur du sterno cleïdo mastoïdien, et dans la fosse sus-épineuse, dus aux branches sus-acromiales.

Point interomo-vertébral, situé au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, a égale distance de l'omoplate et de la colonne vertébrale, dû à la branche postérieure du quatrième dorsal.

Point radial inférieur, situé à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de l'avant-bras, dû au rameau cutané externe.

Les points cutanés douloureux s'observent dans les *névralgies* du membre supérieur, qui ne le cè-

dent pas en fréquence ou en intensité à celles de la tête, mais dont les symptômes présentent certains caractères particuliers.

Les *névralgies scapulaires et humérales* comptent de nombreux points douloureux cutanés, et sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit. Si certaines, si bien mises en relief par Valleix, sous le nom de névralgies cervico-brachiales, ont des points douloureux précis, axillaire, épitrochléen, etc., présentent des symptômes nets, qui ne laissent aucun doute ; il en est d'autres où l'hésitation est permise.

Ce sont chez des malades qui se plaignent de douleurs sourdes au niveau de l'épaule, accompagnées de sensation de pesanteur. Leurs mouvements sont limités et c'est avec peine qu'ils peuvent lever le bras jusqu'à l'horizontale. Aucune position ne les soulage. Souvent lorsqu'ils veulent accomplir certains mouvements, une douleur aiguë se fait sentir, s'irradiant tantôt le long du bras, tantôt vers la pointe de l'omoplate, le dos, quelquefois même la cuisse, tantôt vers le cou. L'examen de cette région douloureuse vous montre des points cutanés situés aux mêmes endroits que dans la névralgie aiguë, et si vous pouvez obtenir du patient, que votre manœuvre va effrayer, une passivité relative, vous mobiliserez cette articulation indolore que la crainte seule de la douleur avait condamnée à l'immobilité. (Obs. VIII).

Les *arthrites chroniques*, qu'elles soient dues à

l'infection, au rhumatisme, à la goutte, présentent dans leur tableau symptômatique des points douloureux cutanés. Le plus souvent ces lésions sont dues au processus sclérogène des tissus périarticulaires, principalement à l'épaule, et c'est à la *périarthrite* qu'il faut attribuer l'immobilité, les troubles trophiques, la contracture. (Obs. V).

Ainsi dans les névralgies aiguës et chroniques, dans les arthrites chroniques et périarthrites, dans les douleurs ou musculaires ou rhumatismales, nous trouvons une cellulite sous-cutanée caractérisée par les points douloureux superficiels. (V. Obs. VI-VII).

Il en est de même des *crampes professionnelles* de cette dyskinesie (Wetterwald) caractérisée par une difficulté des mouvements spéciaux qui nécessitent l'intervention des groupes musculaires directement ou indirectement appelés à l'exécution d'un acte déterminé. Cette impotence, qui est une névrose par ses caractères étiologiques, une algie par ses caractères subjectifs, une myopathie par sa localisation, présente des points douloureux cutanés, et fait ainsi partie de la classe cellulitique. Le résultat obtenu par le traitement manuel nous le prouve bien. (Voir obs. IV).

Points douloureux cutanés du Membre inférieur

La sensibilité de la peau du membre inférieur relève du plexus lombaire (branches antérieures des quatre premières paires lombaires) et du plexus sacré (branches antérieures de la cinquième paire lombaire et des quatre paires sacrées).

Disons tout de suite que la sensibilité de la zône interne, et de la partie supérieure de la zône moyenne de la région fessière dépend des branches postérieures lombaires et sacrées, et que nous l'étudierons en voyant la sensibilité de la région dorso-lombaire.

Le GRAND ABDOMINO-GÉNITAL et le PETIT ABDOMINO-GÉNITAL donnent tous deux un rameau génital qui se divise en filet pubien allant à la peau du pubis, et un filet génital à la peau des organes génitaux.

Il en est de même du rameau génital du NERF GENITO-CRURAL. Ce dernier émet également un rameau crural qui, après avoir perforé le fascia cri-

briformis se partage en plusieurs filets dans la peau de la partie antéro-supérieure de la cuisse.

Le NERF FÉMORO-CUTANÉ, après être sorti du bassin, par l'échancrure innominée, se divise au dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure en rameau fessier, qui va à la peau de la partie externe de la région fessière ; souvent cette région est en même temps innervée par un rameau cutané du nerf grand abdomino-génital — en rameau fémoral qui se répartit dans la région antéro-externe de la cuisse.

Le NERF OBTURATEUR envoie quelques rameaux à la face interne de la cuisse.

Le NERF CRURAL se divise, immédiatement au dessous de l'arcade fémorale, en quatre branches terminales, dont une seule qui constitue le nerf du quadriceps ne donne pas de rameaux sensitifs. Les autres branches se répartissent de la façon suivante :

1° Le *nerf musculo-cutané externe*, qui se porte en bas et en dehors, entre le psoasiliaque et le couturier. Ses rameaux cutanés sont au nombre de trois : 1° le *rameau perforant supérieur* situé au-dessous du couturier, perfore le bord interne de ce muscle et l'aponévrose fémorale dans le tiers supérieur de la cuisse. Ses filets se distribuent à la peau de la région antérieure de la cuisse ; 2° le *rameau perforant moyen* perfore le bord interne du couturier et l'aponévrose fémorale à la partie moyenne

de la cuisse. Ses filets se distribuent à la partie antéro-interne de la cuisse jusqu'au genou ; 3° le *rameau accessoire du saphène interne* dont le filet profond (ou satellite de l'artère fémorale) traverse l'aponévrose au niveau de l'anneau du troisième adducteur et s'anastomose avec les filets du saphène interne et de l'obturateur. De ce plexus s'échappent des ramuscules destinés aux téguments de la partie interne du genou.

2° Le *nerf musculo-cutané interne*, dont les rameaux cutanés se terminent dans la peau de la partie supéro-interne de la cuisse.

3° Le *nerf saphène interne*, qui, jusqu'à l'anneau du troisième adducteur émet deux filets cutanés perforant l'aponévrose fémorale entre le couturier et le droit interne, et se distribuant à la peau de la partie postéro-inférieure de la cuisse. Il se termine par le rameau rotulien qui devient, au-dessous du couturier, *le rameau perforant inférieur* et s'épanouit en de nombreux filets divergents dans la peau de la région rotulienne — et par le *rameau jambier* qui abandonne de nombreuses branches collatérales se distribuant à la peau de la moitié interne de la jambe ; il se termine par quelques filets cutanés se ramifiant le long du bord interne du pied jusqu'à la racine du gros orteil.

Telle est la distribution sensitive des branches du plexus lombaire. Le plexus sacré comprend égale-

ment des branches collatérales, et une branche terminale, le nerf grand sciatique.

Le NERF ANAL donne au niveau de l'anus de nombreux filets divergents qui recouvrent la peau du sphincter anal.

Le NERF HONTEUX INTERNE se termine par une branche périnéale, dont le rameau cutané s'épanouit, chez l'homme à la peau du scrotum et de la face inférieure de la verge ; chez la femme à la peau des grandes lèvres, et par une branche pénienne qui s'épuise dans la peau des corps caverneux.

Le NERF PETIT SCIATIQUE OU FESSIER INFÉRIEUR émet des rameaux fessiers, qui se distribuent à la peau de la région fessière, un rameau périnéal qui se porte vers le pli cutané séparant le périnée de la cuisse, et le suit dans toute son étendue. Il fournit quelques filets cutanés à la fesse, au périnée, et à la partie supéro-interne de la cuisse et vient se terminer, chez l'homme dans la peau du scrotum, chez la femme dans la grande lèvre, des rameaux fémoraux qui se distribuent à la peau de la région postérieure de la cuisse. Au creux poplite le nerf petit sciatique devient sous-cutané et se distribue à la peau de la partie postéro-supérieure de la jambe.

Le NERF GRAND SCIATIQUE se termine par le nerf sciatique poplité externe, et le nerf sciatique poplité interne.

Le NERF SCIATIQUE POPLITE EXTERNE émet comme collatéral le *nerf accessoire du saphène externe*

qui, au moment où il devient superficiel, s'accole au nerf saphène externe, dont il partage la distribution, le *nerf cutané péronier* qui s'en détache à la hauteur du condyle du fémur et se distribue à la peau de la face externe de la jambe. Il se termine par le *nerf musculo-cutané* qui devient superficiel au tiers inférieur de la jambe, et fournit un grand nombre de filets cutanés à la partie antéro-inférieure de la jambe et à la région dorsale du pied, et le *nerf tibial antérieur.*

Parmi les branches collatérales du NERF SCIATIQUE POPLITE INTERNE, nous trouvons le *nerf saphène externe*, superficiel à partir de la partie moyenne de la jambe ; il abandonne plusieurs rameaux jambiers inférieurs, calcanéens et malléolaires externes qui se distribuent aux téguments qui recouvrent la partie inféro-externe de la jambe, la malléole péronière, et la partie externe du talon.

Ses rameaux terminaux se partagent, avec les rameaux du nerf musculo-cutané, l'innervation de la face dorsale du pied et des orteils.

La branche terminale du nerf sciatique poplité interne est le *nerf tibial postérieur.* Parmi ses collatérales se trouvent le *nerf calcanéen* interne qui se distribue à la peau de la face interne du talon ; et le *nerf cutané plantaire*, qui se ramifie dans la peau de la plante du pied. Il se termine par le *nerf plantaire interne* qui émet des rameaux cutanés se distribuant à la peau de la région plantaire interne et par le *nerf plantaire externe*, qui innerve la région

plantaire externe avec le petit orteil, et la moitié externe du quatrième orteil.

Malgré cette abondance de nerfs sensitifs, la clinique nous a permis de classer les points douloureux cutanés de la façon suivante :

Point inguinal, dû au rameau crural du nerf génito-crural.

Points perforants au nombre de deux, situés sur le bord interne du muscle couturier, dus aux rameaux perforants supérieur et moyen du nerf musculo-cutané externe.

Point sacro-iliaque, situé sur l'épine iliaque postéro-supérieure, dû aux rameaux cutanés lombaires.

Point iliaque, situé au milieu de la crête iliaque, dû aux rameaux cutanés lombaires.

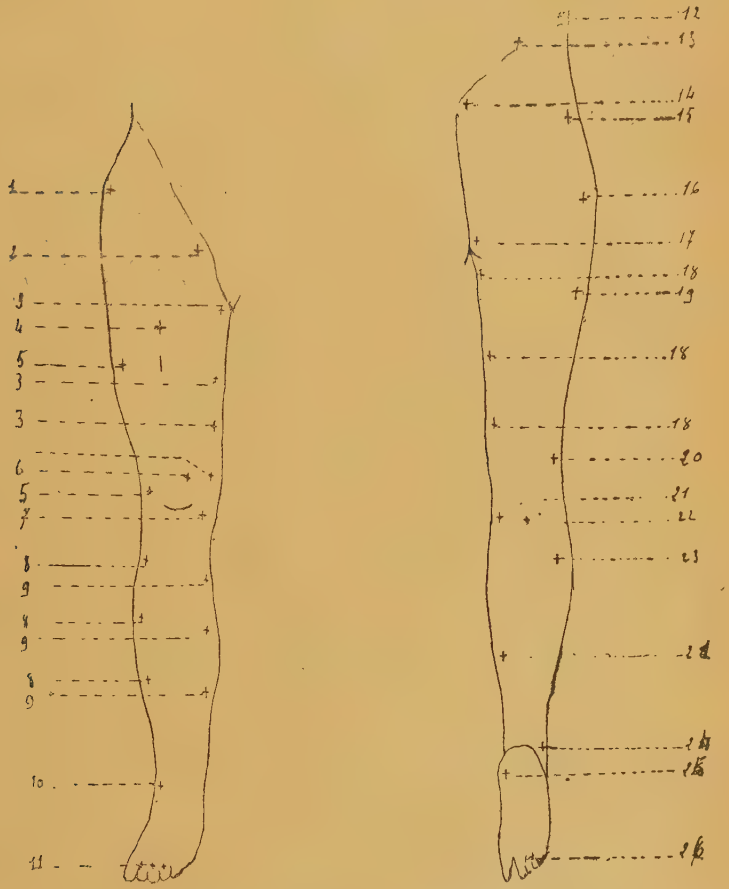
Point fessier, situé à la partie supérieure de l'échancrure sciatique, dû aux rameaux cutanés lombaires.

Point trochanterien, situé sur le bord postérieur du grand trochanter, dû aux rameaux cutanés lombaires.

Point ischiatique, dû à une branche superficielle du plexus sacré.

Points fémoraux externes, situées dans toute la hauteur de la région externe de la cuisse, dû au nerf fémoro-cutané.

Points douloureux cutanés du Membre inférieur



1 Point fémoral externe
2. — inguinal.
3. — fémoral interne.
4. — perforant supérr
5. — fémoral interne.
6. — perforr moyen.
7. — condylo-rotulien
8. — jambier externe.
9. — jambier interne.
10. Point pedieux dorsal
11. — dorsal des orteils.
12. — iliaque.
13. — sacro-iliaque.
14. — fessier.
15. — fessier.
16. — trochantérien.
17. — ischiatique.
18. Point fémoral interne.
19. — fémoral externe.
20. — péronco-tibial.
21. — tibial interne.
22. — poplité.
23. — du mollet.
24. — malléolaire ext.
25. — calcanéen int.
26. — de la pulpe des orteils.

Points fémoraux internes, ayant une disposition analogue à la région interne, dû au nerf petit sciatique.

Point condylorotulien, situé sur le bord inféro-interne de la rotule, dû à un rameau cutané du perforant inférieur du crural.

Point poplité, situé à la naissance du nerf sciatique poplité externe, dû à ce nerf.

Point péronéo-tibial, situé au niveau de la tête du péroné, au point où le sciatique poplité externe la contourne : dû à ce nerf.

Point du mollet, situé à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la partie postéro-externe de la jambe, souvent un peu au-dessus, dû au nerf petit sciatique.

Points jambiers externes, dus au nerf cutané péronier du sciatique poplité externe.

Points jambiers internes, dus au nerf saphène interne du crural.

Points tibiaux internes, dus au nerf saphène interne.

Point malléolaire externe, dû au nerf saphène externe.

Point calcanéen interne, dû au rameau calcanéen interne du tibial postérieur.

Points pédieux dorsaux, dus au nerf saphène externe du sciatique poplité interne.

Points de la pulpe des orteils, dus aux rameaux cutanés et aux filets plantaires du nerf plantaire.

Points dorsaux des 3e et 4e orteils, dû au sciatique poplité externe, rameaux musculo-cutanés.

A côté de la *névralgie sciatique*, soit à la phase aiguë, soit à la phase suivante, bien caractérisée par la douleur aux points de Valleix, que la malaxation du tégument met en évidence, et par l'élongation du membre, signe classique de Lasègue, se trouvent certaines affections douloureuses du membre inférieur qu'on qualifie de la même épithète. *Ces sciatiques, dites chroniques* comprennent « les cas où l'on observe de l'impotence relative du membre, des douleurs intermittentes, soit spontanées, soit à l'occasion de certains mouvements, des troubles trophiques musculaires et cutanés, avec ou sans un certain degré d'ostéo-arthrite, d'arthrite simple, ou de péri-arthrite de la hanche » (Wetterwald). Dans toutes ces formes on trouve des points douloureux cutanés : l'amélioration se fait vite sentir sous l'action du traitement neuro-dermique. (V. Obser. X).

Wetterwald et René Mesnard, à la Société de Kinésithérapie, ont attiré l'attention sur une affection « atteignant les régions interne et postérieure de la jambe, dont les territoires cutanés sont le siège d'altérations curieuses. Outre les dilatations vari-

queuses habituelles, on y observe de véritables cordons noueux, des chapelets de nodosités, des placards scléreux, des infiltrations lardacées qui en font un véritable musée de la cellulite. Ces scléroses, avec troubles thermiques et esthésiques, (refroidissement, hyper et hypoesthésie) sont le point de départ *d'ulcères dits variqueux*, qu'il serait plus exact de dénommer cellulitiques. On pose souvent, en présence de ces dystrophies, et même en leur absence, lorsque la douleur existe isolément, le diagnostic hypothétique de *varices internes.* »

Ces auteurs mettent en doute la fréquence de ces varices internes, dans quels cas l'on trouve de nombreux points cutanés, et que nuls bas ou bandes élastiques n'améliorent jamais, tandis que le massage de la peau rend le plus souvent tolérables, quelqu'anciens qu'ils soient, les symptômes de toute nature inhérents à la cellulite de la jambe.

Ici aussi nous retrouvons la *périarthrite* et la *pseudo-arthrite*, avec les raideurs, la gêne des mouvements, l'atrophie des muscles envahis et détruits par la prolifération conjonctive. (V. obs. IX). Mieux qu'en n'importe quelle autre région du corps, on a longtemps confondu, avec la périarthrite, la cellulite si décelable par la douleur qu'occasionne toujours aux mêmes points le froissement de la peau. Berne cite un cas de « périarthrite en plaque du genou » qu'on reconnaîtra aisément pour une induration cellulique de la région. (V. obs. XI).

Norström public également une observation qui

n'est pas moins intéressante, puisque le diagnostic resta en suspens jusqu'à ce qu'une incision exploratrice eût fait reconnaître la véritable nature de l'affection. (V. obs. XII).

La *périphlébite*, qui accompagne ou suit toujours la phlébite, mais peut exister en dehors d'elle, n'est pas autre chose que l'œdème prédcléreux du tissu conjonctif sous-cutané, lequel peut se propager au tissu de même nature qui entoure les veines, et à la couche conjonctive de la tunique extérieure de ceux de ces vaisseaux qui cheminent dans la couche cellulo-graisseuse, et peut-être des veines profondes. Les symptômes consistent en sensation de pesanteur dans les membres inférieurs ou dans le bas-ventre, en fourmillement, points et élancements douloureux, parfois cuisson. Une sensation de chaleur, plus souvent de froid, prédomine dans l'une des jambes, sans que ce symptôme subjectif corresponde à une différence réelle de température. Les points douloureux existent ici également ; d'ailleurs, souvent la fréquence de ces points à la face interne de la jambe, fait confondre la cellulite de cette région avec la périphlébite.

Signalons, en terminant, les affections douloureuses du membre inférieur, les douleurs qui siègent dans la peau des articulations métatarso-phalangiennes, *métatarsalgie* ou *névralgie* de Morton. (V. obs. XIV et XV).

Points douloureux cutanés des régions thoraciques et abdominales

L'exploration digitale nous a permis de déterminer la localisation de ces points. Ici, comme sur toute l'étendue du corps, nous avons vu que ces points répondaient également à des terminaisons nerveuses cutanées, dont le nombre est assez élevé, mais moins qu'on ne le supposerait ; que leur position est relativement fixe.

Ici, donc, comme dans les chapitres précédents, après avoir donné l'innervation de la région, nous établirons la liste des points douloureux cutanés de la paroi thoraco-abdominale, et verrons les différentes formes cliniques que l'on peut rencontrer.

La région thoraco-abdominale est innervée par les NERFS INTERCOSTAUX. Chaque branche antérieure des douze nerfs intercostaux, sauf la première, donne naissance à un *rameau perforant latéral* qui

s'en détache à la partie moyenne de l'espace intercostal, à peu près sur la ligne axillaire, et se divise en ramuscule antérieur, qui se distribue à la région antérieure du thorax, et en ramuscule postérieur, qui s'épuise dans la paroi latérale. La portion terminale de la branche antérieure constitue le *rameau perforant antérieur*, qui se partage en filets internes dans la région médiane du tronc, et en filets externes dans la peau de la paroi antérieure.

En outre, la chaîne ganglionnaire du grand sympathique est anastomosée par un ou plusieurs filets avec chacun des nerfs intercostaux.

Les perforants latéraux des deuxième et troisième paires s'anastomosent avec les accessoires des cutanés internes. Les filets antérieurs des rameaux perforants latéraux des quatrième et cinquième nerfs intercostaux se distribuent à la région mammaire, glande mammaire et mamelon.

A partir de l'appendice xiphoïde, les perforants antérieurs de thoraciques deviennent abdominaux.

Les perforants latéraux des VIII, IX, X, XI, XII[e] nerfs perforent le grand oblique, avant de se rendre au territoire cutané.

Les perforants antérieurs des VIII, IX, X, XI et XII[e] fournissent un premier rameau perforant au niveau du bord externe du grand droit ; puis ils pénètrent dans la gaîne de ce muscle, et perforent finalement au niveau du bord interne pour se distribuer à la région médiane de l'abdomen.

Le rameau perforant latéral du XII[e] intercostal

s'épanouit dans la région fessière : c'est le rameau cutané fessier.

Aux rameaux des nerfs intercostaux s'ajoute une nouvelle série de filets cutanés : ce sont les *perforants du rameau abdominal des nerfs abdomino-génitaux*. Chaque rameau abdominal fournit deux filets perforants cutanés antérieurs : le premier au côté externe du grand droit, le second au voisinage de son bord interne, près de la ligne médiane.

Afin d'être aussi clair que possible, nous nous servirons des dénominations que Hirschfeld emploie dans ses planches anatomiques, et désignerons sous le nom de :

Perforant latéral, les perforants latéraux.

Perforant moyen, les perforants antérieurs externes, qui émergent au côté externe du muscle grand droit.

Perforant antérieur, les perforants antérieurs internes qui sont situés sur la ligne médiane.

C'est principalement au sujet des points douloureux abdominaux que se pose la question d'une distinction entre *points douloureux profonds* et *points superficiels* ou *cutanés*. Il est certain que le procédé classique d'exploration par la simple pression des tissus contre un plan résistant (os, aponévrose, muscles, foie), ne permet pas cette distinction et en exclut même l'idée a priori. On ne peut donc attribuer qu'une importance très inégale aux nombreux

points douloureux signalés par différents auteurs sur toute l'étendue des régions thoracique, épigastrique et hypogastrique, et dont une revue consciencieuse a été faite par MM. Pierre et Paul Descomps et Brousse. (V. Bibliog.).

Avant de tirer aucune déduction clinique de l'existence d'un point douloureux quelconque, il faudrait s'assurer tout d'abord s'il s'agit d'une névrite superficielle ou d'une algie profonde, viscérale. Il faudrait également que fût tranchée la question de savoir si un organe peut souffrir sans que cette douleur se projette dans les ramifications dermiques des nerfs sensitifs.

Or, comme le fait remarquer Wetterwald (v. Bibliog., *les cellulites*), « aucune distinction entre points cutanés et points profonds n'est possible puisque la pression est la seule manœuvre employée. »

« De plus, aucun des auteurs ne paraît soupçonner qu'il puisse exister des points douloureux symtômatiques de névrites avec ou sans altération cutanée. Quelques-uns parlent de projection cutanée, de névralgies sympathiques ; la plupart partent de ce principe qui n'est rien moins prouvé, et qui, à la réflexion, paraît même illogique : tout point douloureux abdominal trahit la souffrance de l'organe immédiatement sous-jacent, ou celle d'un organe éloigné. S'il n'y a pas de lésion organique, il s'agit d'une algie plus ou moins vague et dont il n'y a pas lieu de s'occuper.

« Il n'est fait aucune mention précise des nerfs sensitifs cutanés correspondant aux zones douloureuses. Pour situer ces points, on se base uniquement sur des mensurations essentiellement variables d'un malade à un autre et chez le même malade, en raison des modifications apportées dans cette topographie par l'attitude, latonicité ou le relâchement de la paroi ; la mobilité de la peau, la direction de la pression digitale. »

On trouve sur la paroi antérieure du tronc les points douloureux cutanés suivants :

Points para sternaux, au niveau des premier, second et quatrième espaces intercostaux. Un peu en dehors du sternum : ils sont dus aux perforants antérieurs correspondants.

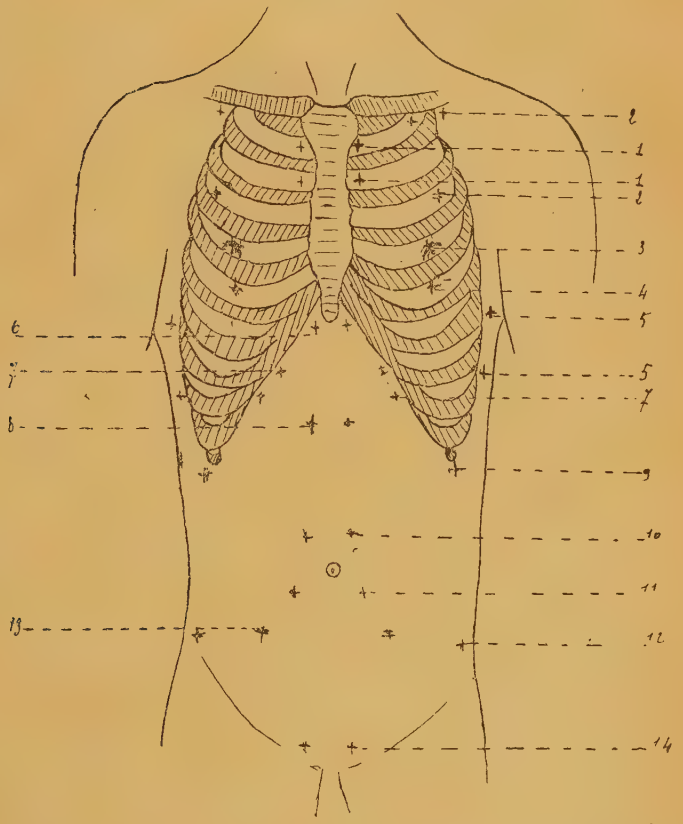
Points latéraux, situés à la partie moyenne de l'espace intercostal ; ils sont dus aux perforants latéraux. On les trouve dans les deuxième, troisième et sixième espaces intercostaux. On distingue les points latéraux antérieurs et les points latéraux externes.

Points mammaires, situés dans la peau de la mamelle ; ils sont dus aux perforants latéraux des II^e^ et III^e^ intercostaux et à leurs anastomoses avec les rameaux de l'accessoire du brachial cutané interne.

Points infra-mammaires, immédiatement au-dessous du sein.

Points xyphoïdiens, au nombre de deux, un de

Points douloureux cutanés de la Paroi thoraco-abdominale



1. Point sternal.
2. — latéral antérieur.
3. — mammaire.
4. — infra mammaire.
5. — latéral externe.
6. — xyphoïdien.
7. — costal.
8. Point épigastrique.
9. — sous-costal.
10. — sus-ombilical.
11. — sous-ombilical.
12. — sus-intra-épineux
13. — pubien.

chaque côté de l'appendice xyphoïde, dans l'angle formé par celui-ci et le rebord costal ; dus aux sixièmes perforants antérieurs.

Points costaux, situés au niveau des extrémités des 8e, 9e, 10e cartilages costaux, sur le bord même du thorax. Dus aux perforants moyens.

Points sous-costaux. Au nombre de deux, un de chaque côté. Ils sont situés sur la ligne axillaire, à l'extrémité libre de la douzième côte. Dus au perforant latéral du onzième ou douzième intercostal.

Points épigastriques. Situés au milieu de la ligne joignant l'extrémité de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, et de chaque côté de cette ligne. Dus aux perforants antérieurs du huitième intercostal.

Points péri-ombilicaux. Ces points sont au nombre de quatre : il y a deux *sus-ombilicaux*, et deux *sous-ombilicaux*. Ils sont dus aux rameaux antérieurs des IXe et Xe intercostaux.

Points hypogastriques. Au nombre de deux. Un de chaque côté, ces points sont dus aux rameaux perforants moyens du XIe intercostal, et siègent le plus généralement aux points d'émergence de ces rameaux, c'est-à-dire vers le milieu d'une ligne joignant l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic.

Point sus-intra-épineux. Situés au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, au niveau du passage du fémoro-cutané.

Point pubien. Siège au niveau de l'orifice superficiel du canal inguinal, dû au rameau crural du nerf génito-crural.

Les *Névralgies intercostales* ont une origine variable : leurs symptômes et leurs sièges se présentent également sous des aspects multiples en raison des fonctions du thorax et des organes qu'il renferme. La variabilité de ces symptômes qui retentissent souvent sur des régions éloignées, est cause que les patients consultent rarement pour des névralgies intercostales, souvent pour une affection pulmonaire, gastrique, hépatique, rénale.

Tantôt ce sont les troubles cardiaques qui dominent la scène (forme angoreuse) ; le sujet se plaint de palpitations, d'irrégularités dans les battements du cœur ; les chocs du muscle cardiaque contre la paroi thoracique sont douloureux. A ces sensations pénibles s'ajoute celle d'une constriction qui fait craindre au malade une rupture interne, de sorte qu'il n'ose respirer à fond, de peur de provoquer un accident. Si l'on explore la paroi précordiale, on transforme les malaises plus ou moins vagues ressentis par le patient en une douleur caractéristique, et localisée en certains point précis. (V. obs. XVI).

D'autres fois, les troubles cardiaques font défaut ou sont relégués au second plan, et les algies revêtent la forme subjective de crampes rétro-sternale et infra-sternale à siège fixe ou mobile. Il s'agit là très probablement de véritables anneaux de con-

tracture, situés au pylore, à la partie moyenne de l'estomac, au cardia, sur le tube œsophagien, et donnant lieu à une foule de symptômes objectifs (dilatations partielles, éructations, tympanismes, sécrétion) ou subjectifs (brûlures, aigreurs, oppression, pesanteur).

Lorsque les algies affectent le type respiratoire, elles peuvent en imposer pour une inflammation pleuro-pulmonaire. Wetterwald n'a jamais réussi à établir une distinction entre la pleuro-dynie et la névralgie intercostale : Ces deux affections ont les mêmes points douloureux, mêmes symptômes moteurs et respiratoires. Elles peuvent aussi en imposer pour une affection hypothétique des muscles (myosite, rhumatisme musculaire) du rein, du foie, de la vésicule biliaire. (V. Obs. XVII).

La névralgie intercostale serait plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et les uns ont incriminé les affections utéro-ovariennes (Bassereau) tandis que d'autres pensent, au contraire, que nombre de ces dernières ne sont que des névralgies (Valleix). La névralgie est le symptôme sensible de la cellulite dont la fréquence, dans les deux sexes, ne relève que de l'hérédité d'une part, et des causes d'excitation nerveuse et de troubles circulatoires d'autre part. La femme est, de par la vulnérabilité de son appareil génital, la richesse de sa circulation abdomino-pelvienne, et l'abondance du tissu conjonctif de cette région, plus exposée que l'homme à la cellulite. Le port du corset, la mau-

vaise hygiène respiratoire, la vie sédentaire, la station assise prolongée, favorisent la localisation de la névralgie au thorax antérieur et postérieur. On observe souvent chez les jeunes filles et femmes s'exerçant au piano, ou travaillant à la couture, un point névralgique situé en dedans de l'omoplate. (*Point inter-omo-vertébral*).

On a décrit, sous le nom d'*épigastralgie* des douleurs localisées au creux épigastrique, qui présentent des caractères particuliers, des symptômes digestifs. Il est hors de doute que les affections gastriques retentissent sur la paroi et y produisent une hypéresthésie que l'on trouve constamment ; mais il est non moins certain que les névralgies du revêtement cutané peuvent avoir pour conséquence les troubles digestifs dans leur ensemble le plus complet : symptômes moteurs, secrétoires et trophiques (V. Obs. XVIII).

Signalons aussi les douleurs qui apparaissent au niveau du sein. La *mastodynie* peut être accompagnée de tuméfactions. La glande mammaire possède un tissu cellulaire abondant qui lui constitue une couche antérieure et une autre postérieure. Aux époque menstruelles, ce tissu cellulo-adipeux s'œdématie, et devient douloureux chez beaucoup de femmes. Chez celles qui souffrent du ventre (troubles circulatoires abdomino-pelviens) l'œdème devient chronique, et est sujet à des exacerbations se manifestant sous forme d'augmentation des douleurs, de tumeurs passagères et même, jusqu'à un

certain point, persistantes. (Tumeur irritable du sein des chirurgiens). Il est fort possible que les tumeurs de ce genre aient été opérées ; de même qu'on opère assez fréquemment des œdèmes salpingiens dont l'étiologie et la nature sont identiques (Bralant).

Dans les *fausses angines de poitrine*, on trouve des lésions apparentes de cellulites. Des points excessivement douloureux sont disséminés dans une zone d'infiltration sous-cutanée plus ou moins grande. Cet œdème occupe une étendue variable : on en trouve une bande s'étendant parallèlement sous la clavicule gauche, et une nappe thoracique antérieure, couvrant les VI^e^, VII^e^, VIII^e^, IX^e^ côtes, communiquant d'une part avec le tissu graisseux mammaire, de l'autre avec le tissu cellulaire de l'épigastre (V. Obs. XIX). Cette nappe s'étend également en arrière vers la colonne vertébrale, en passant sous l'omoplate. La bande sous-claviculaire rejoint sur l'épaule une bande trapézienne, et de leur jonction naît le prolongement deltoïdien qui se subdivise en plusieurs bandelettes, retro, anté et anti-brachiales. Wetterwald dit avoir aussi trouvé des points douloureux dans l'angine organique : « Des angines nettement et indiscutablement organiques, avec lésions de l'aorte et du myocarde étaient, les unes, indolores, les autres accompagnées de douleurs vives. Les angines non-organiques étaient toujours douloureuses. »

Les *algies abdomino-pariétales* se présentent sous

différentes formes cliniques. Tantôt ce sont des névralgies qui se rencontrent sur toute l'étendue de la paroi abdominale, le périnée, la vulve, le pubis (chez l'homme elles existent sur la verge et le scrotum). Elles ne présentent aucun caractère spécial, sinon que la paroi est très souvent adipeuse, et renferme dans son épaisseur des masses dures, parfois énormes. C'est à cette forme de cellulite que Hogner, et plus tard Stapfer ont donné le nom caractéristique de *panniculite*.

Tantôt la douleur semble localisée en un seul point, le plus souvent au *point dit de* Mac Burney, qui semble correspondre à notre point hypogastrique droit. (V. Obs. XX-XXI.) « Il faut savoir, écrit Profanter, que la sensibilité douloureuse de la région mac-burneyenne, considérée par les traités classiques comme un symptôme cardinal de l'appendicite, et comme la clef de voûte du diagnostic de cette maladie ne se rencontre pas seulement dans l'appendicite, mais dans les inflammations d'autres organes abdominaux ou pelviens, aussi bien à la période aiguë de ces inflammations qu'à leur phase chronique.

« Relling et Weisel sont d'avis que le point de Mac Burney, dans l'appendicite, ne représente pas autre chose que la zône de Head du segment médullaire qui innerve le cœcum au moyen de filets nerveux issus du plexus sympathique. Les recherches anatomiques de Reith et Obrasztow aboutissent aux mêmes conclusions. C'est à la participa-

tion du sympathique et à des phénomènes d'excitation de ce système, peu étudiés jusqu'ici, bien que d'une importance énorme; qu'il faut rapporter, à mon avis, entre autres manifestations, l'apparition de douleurs irradiées souvent dans des régions du corps fort éloignées de l'abdomen (dans les cas d'inflammation des organes de cette cavité). Ces douleurs reconnaissent pour cause des points nerveux périphériques, dont l'excitation provoque la douleur ou un autre symptôme.

« J'ai trouvé et signalé dans une monographie « *Toux utérine et névrose dans les affections gynécologiques* » ce fait que des douleurs, fréquentes dans les affections chroniques du bas-ventre, s'irradient vers la paroi, la vessie, le gros intestin, vers les lombes, les hanches, le dos, les jambes, les épaules, la tête, etc... ; de même que d'autres symptômes nerveux, dépendant à coup sûr, de l'affection locale et provoquée par elle, tels que nausées, toux, enrouement, peuvent être provoqués immédiatement par le contact des points nerveux toujours les mêmes, isolés, à contours précis, souvent durs, donnant la sensation de névromes, qui se trouvent dans les différents foyers d'inflammation des organes pelviens eux-mêmes, mais sont bien plus souvent enchâssés dans le tissu conjonctif qui tapisse la paroi pelvienne interne d'un réseau nerveux particulièrement riche. Ces mêmes symptômes nettement déterminés, d'excitation douloureuse ou nerveuse, apparaissent toujours et exclusive-

ment, lorsqu'on parvient à trouver le point de pression de la douleur, toujours le même, à l'isoler, à ne toucher que lui. » (V. Obs. XXII-XXIII.)

Tantôt le tissu cellulaire sous-cutané présente, non pas quelques noyaux de panniculite, mais une infiltration diffuse de toute la région péri et sous-ombilicale. La plus légère compression de la paroi arrache des cris au malade. Celui-ci se plaint de troubles dyspeptiques, de pesanteur, de dysurie, d'affaiblissement, de vertiges. Cette adipose douloureuse, avec symptômes psychiques est l'ensemble connu sous le nom de *maladie de* Dercum. Pour Wetterwald ce serait le point ultime de la cellulite. Notons que le type opposé existe, il est caractérisé par un amaigrissement considérable accompagné de douleurs abdominales, de symptômes digestifs, neuro-circulatoires et psychiques. — Entre ces deux extrêmes se place naturellement une foule d'états intermédiaires.

Il faut savoir, qu'outre le développement de la paroi abdominale, on trouve également une hypertrophie considérable du tissu cellulaire des cuisses, du dos, et d'autres régions. Les extrémités seules sont respectées, tout en étant parsemées de points douloureux.

Points douloureux cutanés de la région dorso-lombo-sacrée

Le tégument de la région postérieure du corps est innervé par les *branches postérieures des nerfs rachidiens.*

Nous avons vu que les quatres premières branches cervicales se distribuaient à la région occipitale.

Les quatre dernières cervicales, et la première dorsale, quittent la gouttière vertébrale, et après avoir perforé le splénius et le trapèze, se distribuent à la peau de la nuque.

Les II, III, VI, VII, VIII[e] branches dorsales, dès leur entrée dans la gouttière vertébrale, émettent un rameau cutané qui arrive au sommet des apophyses épineuses, traversent les insertions du grand dorsal et du trapèze, et arrivent dans le tissu cellulaire sous-cutané. Fuyant la ligne médiane, ce rameau se perd en dehors, en de fines ramifications dans la peau du dos.

Les IV et V[e] branches s'écartent davantage des gouttières vertébrales, et suivent l'inclinaison du bord spinal de l'omoplate. Leurs rameaux innervent la peau des épaules.

Les quinze dernières branches, après avoir traversé l'aponévrose lombaire, se divisent chacune en deux filets : le filet interne qui se porte en dedans et se distribue à la peau avoisinant la ligne médiane — le filet externe, qui va en dehors et en bas, et se termine dans la peau des régions lombaires, fessières, sacro-coccygiennes.

Plusieurs des points de cette région nous sont déjà connus :

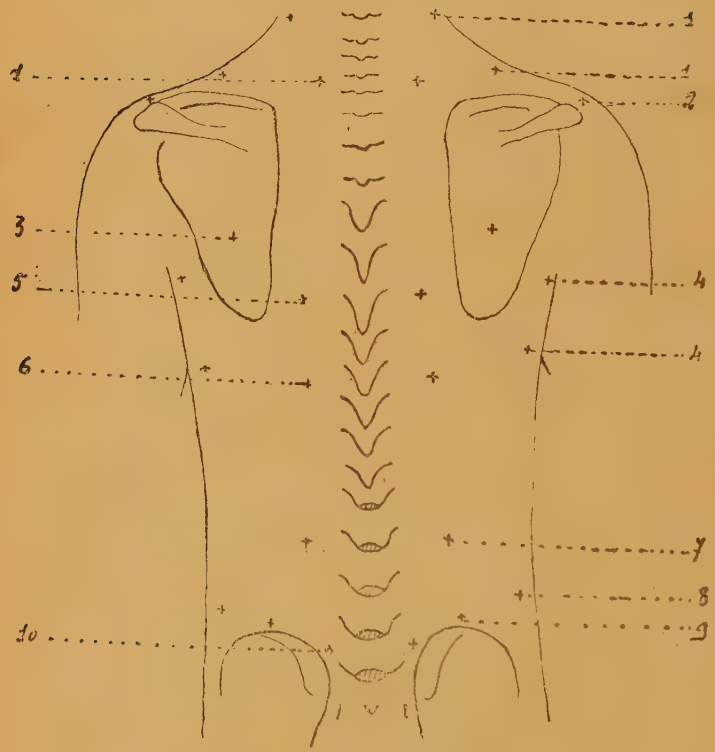
Point de la nuque. — Situé à la partie moyenne du cou, vers le bord supérieur du sterno-cleïdomastoïdien, dû à la branche mastoïdienne du plexus cervical superficiel.

Points trapéziens. — Situés dans la fosse sus-épineuse, le long du bord antérieur du trapèze, du bord postérieur du sterno-cleïdomastoïdien, dû aux branches sus-acromiales.

Point sous-épineux. — Situé au milieu de la fosse sous-épineuse, dû à un rameau de la branche postérieure du 3[me] dorsal.

Point inter-omo-vertébral. — Situé au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, à égale distance du bord postérieur de cet os et de la colonne vertébrale, dû à la branche postérieure du 4[me] dorsal.

Points douloureux cutanés de la région dorso-lombo-sacrée



1. Point trapézien.
2. — sus-acromien.
3. — sous-épineux.
4. — thoracique postéro-externe.
5. — inter-omo-vertébral.
6. — thoracique postéro-interne.
7. — lombaire.
8. — iliaque.
9. — sacro-iliaque.
10. — sacré.

Point sus-acromien. — Situé en arrière de la réunion de l'acromion et de la clavicule, dû aux branches sus-acromiales.

Points thoraciques postérieurs. — Situés dans la région latérale du tronc, dus à des perforants latéraux. Ils sont externes ou internes.

Point lombaire. — Siège un peu en dehors des premières vertèbres de ce nom, dû à un filet interne des rameaux lombaires.

Point sacro-iliaque. — Situé sur l'épine iliaque postéro-supérieure, dû aux rameaux cutanés lombaires antérieurs.

Point iliaque. — Situé au milieu de la crête iliaque, dû aux rameaux cutanés lombaires antérieurs.

Point sacré. — Situé au niveau du sacrum, dû aux branches postérieures des nerfs sacrés.

En étudiant les différentes affections des régions précédentes, nous avons vu que celles-ci comprenaient des points douloureux dans la région dorso-lombaire. Par exemple les points vertébraux des névralgies intercostales. Dans la sciatique, nous avons signalé le point iliaque, le point sacro-iliaque : il y a aussi le point lombaire.

L'effort peut provoquer l'apparition de points douloureux. Qui ne connaît le « tour de rein » dont se plaint le malade qui vient de soulever un lourd fardeau ! (V. Obs. XXVI-XXVII).

Ce *lombago* est-il dû à une rupture musculaire, à une déchirure vasculaire ? Si la main ne trouve parfois absolument rien, dans certains cas elle réveille une douleur en différents points.

Le froid peut occasionner un œdème diffus de la région au milieu duquel on trouve des points sensibles. (V. Obs. XXVIII).

Les rhumatisants se plaignent souvent de *myalgie* en cette région.

Il existe une algie thoraco-dorsale, dont l'ensemble des caractères est nettement tranché, au point de constituer une forme morbide spéciale — *le zona*. — Ici encore on trouve toujours des points douloureux, correspondant aux trajets et émergences dermiques des nerfs sensitifs de la région.

Etiologie

On trouve les points douloureux cutanés dans toutes les affections rapportées à l'arthritisme et dans lesquelles on observe le symptôme douleur : en particulier dans les névralgies, dans le rhumatisme chronique simple, dans la goutte, l'obésité, les névroses, les affections articulaires et périarticulaires, etc...

Les causes de ces points seront donc celles de toutes ces maladies, c'est-à-dire qu'elles seront innombrables, mais nous croyons qu'en dernier ressort, on peut les ramener à deux principales : l'intoxication et le traumatisme en donnant à ces deux termes le sens le plus général.

Les *traumatismes extérieurs* peuvent produire un œdème local. Celui-ci, à la longue, ne pouvant se résorber pour une cause quelconque, se transforme en tissu scléreux, et comprime les terminaisons nerveuses.

L'*âge* fait partie de toutes les étiologies, et nous ne saurions l'en bannir ici.

La *sédentarité* et la *circulation insuffisante* ont été incriminées de tout temps. Il est certaines occupations qui rendent difficiles la marche, l'exercice, le mouvement, qui occasionnent un ralentissement de la circulation, peu offensif au début, mais qui créent à la longue des stases viscérales ; et cette circulation insuffisante est le début de troubles morbides variés.

Notons que, chez la femme, les congestions moliminaires peuvent toujours la prédisposer à une sclérose conjonctive du bassin, qui retentira sur tout son organisme.

Certains auteurs, nous dit Jaweer, ont cru à une origine nerveuse, mais Vogel, cité par De Brun, a fait un certain nombre de recherches qui infirment cette hypothèse.

Plusieurs écrivains, en premier lieu le Suédois Helleday-Oppolzer, dans son étude sont d'un avis contraire — attribuent à ces lésions un caractère inflammatoire. L'inflammation serait due à un dépôt d'acide urique : cette idée a été reprise tout dernièrement par Hanriot, dans sa thèse : « *Une manifestation de l'arthritisme. La cellulite* ».

Pour Jawger, pour Stockmann, pour Maxwell Telling, ce serait une manifestation de troubles métaboliques à caractère toxique. « Aussitôt, nous dit un de ces auteurs, qu'une bonne circulation se rétablit, un soulagement immédiatement éprouvé

apparaît. » Et si cette manifestation continue, le sujet serait un candidat à l'artério-sclérose.

Le *caractère toxique* nous semble, en effet, avoir un grand rôle. Il y a les *intoxications professionnelles*, comme le saturnisme[e]; les *intoxications exogènes*, comme celles du tabac, de l'alcool, la morphine, les intoxications alimentaires, les intoxications microbiennes ; mais il y a surtout l'AUTO-INTOXICATION. Les agents microbiens agissent par leur présence : leurs actions néfastes sont dues surtout à leurs produits de sécrétions, à leurs toxines qui envahit notre organisme. Mais quel serait le résultat de la lutte si celui-ci était en état physiologiquement normal !

L'auto-intoxication résulte d'une mutation nutritive pervertie, d'un trouble du système nerveux, ou d'un vice de sécrétion glandulo-vasculaire, en un mot d'une perturbation dans le mécanisme de l'élaboration et de l'excrétion de l'économie.

Signalons aussi, pour le rattacher au bilan de l'auto-intoxication, la présence de cholestérine en quantité exagérée au sein des tissus et dans le sang.

Mais n'est-ce pas le tissu conjonctif qui est l'artisan de la nutrition ? Il est l'intermédiaire entre le sang et la lymphe d'un côté, chargés des principes nutritifs, et les tissus organisés de l'autre. Cet intermédiaire joue un rôle actif, électif, éliminatoire. CAZALIS a montré que les cellules fixes du tissu conjonctif ne constituaient pas un vulgaire endothélium revêtant des faisceaux connectifs, mais bien

« des nappes de protoplasma vivant, actif, changeant, tendues dans tous les sens, et dans tous les plans, comme pour saisir au passage les agents de la nutrition et constituer un feutrage de membranes, agissant à l'égard des substances venues à leur contact comme une multitude de dialyseurs, et jouissant aussi de la propriété d'agir comme des ferments, puisqu'il s'agit de cellules vivantes. »

Que la nutrition vienne à être troublée, simplement ralentie ; aussitôt apparaît un déséquilibre dans ce mouvement intra-cellulaire, qui a pour conséquence l'œdème, la stagnation, l'engorgement. « Le milieu intérieur, a dit le professeur Renault, n'est pas le sang, comme l'a prétendu Claude Bernard, c'est le tissu conjonctif. » Les troubles de la nutrition auront pour effet des altérations du tissu conjonctif, des nerfs, des vaisseaux. Le tissu conjonctif est répandu à profusion dans l'organisme. On en trouve sur les aponévroses et les fascia. dans les interstices des muscles et des faisceaux musculaires, dans les glandes, les vaisseaux, les muqueuses, les nerfs ; il constitue les éléments de soutient des nerfs périphériques et des ganglions nerveux. Les modifications du tissu conjonctif sous-cutané sont donc probablement liées à des altérations analogues dans le tissu conjonctif des glandes, des viscères, des nerfs, lesquelles altérations se manifestent en physiologie pathologique par des altérations fonctionnelles (motrices, sécrétoires, vaso-motrices, trophiques) et en clinique par des symptômes spé-

ciaux à chaque organe : toux, catarrhe, ictère, spasme, douleur, etc.

Ces altérations du tissu conjonctif sont à rapprocher de celles du leucocyte si bien étudiées par le Dr Feuillée dans les recherches qu'il a entreprises sous l'inspiration de M. le Professeur Achard. L'ensemble des troubles qui l'atteignent dans sa sécrétion, sa mobilité, sa forme, son état physique et chimique constituent les *leucopathies*. « On comprend l'immense intérêt qui s'attache à des recherches aussi ardues si l'on réfléchit qu'elles éclairent singulièrement l'étiologie des maladies puisque le globule blanc est pour ainsi dire placé entre la *cause* de la maladie et la *forme clinique* de celle-ci.

« On admet parfaitement qu'une excitation périphérique puisse déterminer ou modifier une fonction physiologique : les excitations nous arrivent par l'intermédiaire des nerfs sensitifs cutanés. La reversibilité de cette action n'est pas moins constante : une fonction interne, normale ou altérée retentit sur les nerfs sensibles périphériques, et les anomalies de l'une déterminent des anomalies dans ceux-ci. De passagères ces altérations deviennent durables, et créent ainsi des lésions perceptibles à la vue et au toucher. La dermatologie nous fournit maints exemples à cet égard, et les travaux de L. Jacquet ont mis en plein relief ces phénomènes. Il est donc infiniment probable que des inflammations aiguës, et surtout à répétition, déterminent dans le réseau vasculaire et nerveux du derme des

stases, des constrictions, des dilatations, des spasmes, des scléroses. » (Wetterwald).

Ainsi les altérations du tissu cellulaire sous-cutané ont pour origine un déséquilibre organique dû principalement à l'auto-intoxication par ralentissement de la nutrition, dont la cellulite sous-cutanée et les diverses névralgies seraient le symptôme palpable et sensible.

Mais les troubles organiques, quels qu'ils soient, occasionnés par le ralentissment de la nutrition, n'ont-ils pas été classés par le professeur Bouchard sous le nom d'arthritisme ! La parenté n'est plus à établir entre la goutte, l'obésité, le rhumatisme, le diabète, la gravelle.

L'arthritisme n'est-ce pas la prédisposition du tissu conjonctif, par suite de quelque vice nutritif ou déchéance, à une faiblesse ou à une irritabilité spéciale, prédisposition qui fait de lui un lieu de moindre résistance, ce qui explique la fréquence toute particulière des inflammations, des proliférations des relâchements des tissus ? (Gazalis). N'est-ce pas un état constitutionnel caractérisé par la viciation ordinairement génitale et héréditaire de la nutrition du tissu conjonctif et de ses dérivés, qui deviennent des tissus de moindre résistance ! N'est-il pas caractérisé par la vulnérabilité plus grande du tissu conjonctif avec tendance à l'hyperplasie, à la transformation fibreuse, à la rétraction fibreuse (Hanot).

La cellulite, dès lors, est-elle une manifestation

de l'arthritisme, au même titre que la goutte ou le rhumatisme ; ou bien la cellulite et l'arthritisme sont-ils deux dénominations d'une même diathèse ?

Quoiqu'il en soit, dans toute manifestation arthritique on trouve de la cellulite, on en trouve même en dehors de l'arthritisme.

Nous voyons donc que l'œdème cellulitique est une infiltration de l'organisme ; on l'a qualifié « une rouille organique » (Bralant) : expression heureuse en ce sens qu'elle fait image et dispense, vis-à-vis des malades, de plus longues explications.

Les autres symptômes nous permettront de localiser plus exactement le foyer pathologique.

Nous avons vu que, dans certains cas, la malaxation de la peau indiquait un point douloureux purement et simplement. Aucun examen digital quelque minutieux qu'il soit, ne peut y déceler de modifications palpables.

Pour Wetterwald, la signification pathologique est la même : « Si j'ai cru devoir en l'absence de nodosités palpables, émettre l'hypothèse d'une cellulite microscopique, c'est par amour, peut-être excessif, de la logique apparente des faits. Les lésions anatomiques n'ont pas pour limites nos sens ; il en est qui leur échappent d'abord. Le microscope et l'ultra-microscope ont reculé les bornes de la loupe, et celle-ci étendait déjà le champ de la vision naturelle. Si la nodosité peut varier de la tête d'un fœtus au volume d'un grain de mil, ce dernier n'est pas l'ultima-forma de la cellulite. C'est comme si l'on

voulait limiter le monde céleste à l'étoile de la neuvième grandeur. Ceci admis, je ne fais nulle difficulté pour avouer que la cellulite microscopique n'est qu'une hypothèse, mais en faisant remarquer toutefois qu'elle a de singuliers airs de famille avec les lésions interstitielles de névrite, de myocardite, dont le domaine s'étend tous les jours. »

Ainsi, pour cet auteur, toute manifestation douloureuse siège dans le tégument et est due à « une lésion inflammatoire du périnèvre et du tissu cellulaire sous-cutané de voisinage, lésions macroscopiques dans certains cas, lésions microscopiques dans les autres, parce que se réduisant à un processus simplement congestif. « Dans la succession des actes pathologiques qui aboutissent à l'œdème du tissu cellulaire, la *périnévrite est apparemment le premier en date, l'épaisissement de la peau, le dernier.* »

Le docteur Cornelius de Berlin, a aussi étudié ce qu'il appelle « *les points nerveux* ». Ceux-ci provoqués par une cause quelconque, qui éveille la douleur, sont des lieux d'élection pour les effets d'excitation nerveuse, siègent dans toutes les parties du corps.

Ils sont aussi bien superficiels que profonds « Partout où existe une sensation douloureuse, on peut affirmer l'existence d'un point nerveux. Les causes productives sont des plus variées. Le point nerveux est la conséquence d'un obstacle physique sur le trajet des conducteurs nerveux, et doit être

envisagé comme la cause purement physique d'une lésion consécutive des tissus. » Ainsi, au début, il y a altération mécanique du nerf avant toute lésion du tissu environnant.

Cornelius ne mentionne que le point nerveux, et ne s'occupe pas de ce qui l'entoure. Il divise ces points en centraux et périphériques, de grandeurs différentes. Ces points ne peuvent être classés, variant à l'infini, puisqu'ils siègent, et sur les extrémités, et sur les trajets des nerfs.

En résumé, si l'étiologie est la même pour les points douloureux cutanés du cellulitique, et les points nerveux, leur pathogénie diffère d'après les auteurs. Retenons les idées de wetterwald, *d'après* lesquelles *ces points sont provoqués par de la presclérose conjonctive, qui comprime les extrémités nerveuses*. Cette presclérose est dûe à une *congestion du tissu conjonctif*. Pour cornélius, le début serait dû à une lésion conjonctive du nerf et siègerait à n'importe quel point conducteur.

Quant à la *cause productrice* de tous ces phénomènes, il faut la rechercher dans un *déséquilibre passager ou continu* du système neuro-circulatoire, sous l'influence de l'intoxication et du traumatisme, *aigüs* ou chroniques.

Du Traitement manuel

Le traitement de l'algie, dont nous localisons le siège dans le tégument et que les auteurs attribuent à des points profonds, est des plus variés.

Il est d'usage courant d'employer des révulsifs : teinture d'iode, vésicatoire, pointes de feu, pulvérisations de chlorure d'éthyle, ou stypage, ou bien des analgésiques internes ; salicylate, quinine, antipyrine ; à la longue viennent les opiacés.

Notons les injections modificatrices loco dolenti d'alcool à 50°, de cocaïne, de stovaïne, d'héroïne, (certains font des injections intra-épidurales).

L'électricité a été également employée, et le patient a subi tour à tour le courant galvanique, le courant faradique, les effluves.

Les chirurgiens ont pensé qu'une intervention, (mais bien souvent au prix de quels délabrements !) pouvait enrayer le mal.

Et malgré cette longue liste thérapeutique, si un de ces modes de traitement a eu quelques succès,

avec quelle fréquence la douleur n'est-elle pas réapparue ! Ces différents traitements ne tiennent compte, ni de la cause des algies, ni de leur siège réel.

Le traitement manuel des points douloureux cutanés consiste en un massage *neuro-dermique*. Tous les auteurs qui se sont occupés de la question, qu'ils soient Suédois ou Français, Anglais ou Allemands, l'ont hautement proclamé. Kellgreen, à la suite de Helleday, fait de petits effleurages avec le dos des doigts sur les trajets douloureux. Cornelius, au niveau de ses points nerveux, fait des vibrations uni-digitales ; Wetterwald, généralisant au corps tout entier le traitement que Stapfer appliquait à la panniculite abdominale, fait la *malaxation digitale du nodule douloureux*. Nous employons surtout ce dernier procédé.

Cette malaxation, comme tout massage, doit être accompagnée de son adjuvant indispensable : la *gymnastique*. « Le massage manuel peut être considéré comme une sorte d'atténuation de l'exercice musculaire, dont les effets sont moins intensifs, mais analogues pour la plupart à ceux des mouvements actifs. Le massage n'est pourtant considéré d'ordinaire, que comme un mode particulier du mouvement passif. Suivant les aptitudes de celui qui le pratique, il peut en être la manifestation la plus énergique ou la plus légère, la plus violente ou la plus douce, et en réaliser l'application la plus pernicieuse ou la plus exacte (Grias).

N'oublions cependant pas que le traitement curatif doit être accompagné et suivi d'un *traitement général*, dont le but est de parfaire la guérison, et de prévenir toute rechute. Si l'on traite les lésions que détermine la sclérose organique, il ne faut pas négliger les causes qui la font naître. L'observance d'un régime diététique approprié, l'usage de mouvements respiratoires journaliers, l'application rigoureuse des règles de l'hygiène, tant générale que particulière, sont d'un secours immense, non-seulement au point de vue curatif, mais surtout au point de vue prophylactique.

« Il est évident, nous dit Wetterwald, qu'on doit s'assurer d'abord que le tissu cellulaire est bien en cause, et qu'il n'existe pas de lésions sous-jacentes, sur lesquelles le traitement aurait une action déplorable. Cela ne veut pas dire que, lorsque la cellulite complique une affection primaire, il faille toujours s'abstenir.

« Le diagnostic établi il faut étudier son sujet, car le dosage du traitement varie selon les cas et les individus. On commence par rechercher les points douloureux, non pas tous le premier jour, mais un ou deux par région, sans insister, et en s'arrêtant pour chaque point, dès que la douleur apparaît. On note les points ainsi trouvés. Le lendemain et les jours suivants (tous les deux ou trois jours seulement, si l'excitation nerveuse est trop forte) on continue cette recherche, on augmente peu à peu l'intensité des manœuvres. S'il survient, dans l'inter-

valle des séances, de l'agitation, de l'insomnie, il faut raccourcir la durée des séances et les espacer. Au début, quelques secondes de massage pour chacun des points douloureux sont suffisantes ; plus tard on peut aller jusqu'à une minute par région renfermant plusieurs points. La durée totale d'une séance ne doit pas excéder vingt minutes, sans perte de temps.

En règle générale, la première séance est excitante, quelque douceur, quelque briéveté que l'on y mette. Il faut prévenir le patient.

Ne dépassez pas la première dose les jours suivants et notez les effets. S'ils paraissent nuls, augmentez la force des manœuvres et la longueur des séances.

Les premières ont une durée moyenne de cinq à dix minutes pour un massage général ; localement trois à cinq minutes sont un maximum.

Si les résultats sont bons dès le début (retour du sommeil et des forces, sensation d'allègement immédiatement après le traitement, diminution et localisation des douleurs), persévérez dans la même voie : c'est la bonne. Dans le cas contraire, diminuez la dose.

La nullité des résultats tient parfois à ce que vous n'avez pas trouvé les points douloureux principaux. Recherchez-les plus attentivement.

« Il est inutile, dans le traitement d'une affection ordinairement ancienne, pour laquelle le patient a

déjà suivi plusieurs genres de cures, d'escompter un succès rapide.

« Si certaines névralgies bénignes cèdent à quelques séances de massage, la guérison ou seulement l'amélioration de cellulites invétérées et graves se font attendre des semaines et des mois. Le traitement a des hauts et des bas : à une période de progrès succède souvent une dépression. Il semble que tout soit à recommencer, mais ces alternatives sont dues à des variations de la tension nerveuse, à des causes occasionnelles extrinsèques ou intrinsèques.

« La durée totale d'un traitement est impossible à fixer, dès le début, même d'une façon approximative... Des complications peuvent surgir : réaction vive, crises aiguës, qui obligent, surtout en gynécologie, à un dosage rigoureux, quelquefois à des suspensions momentanées. »

Le TRAITEMENT MANUEL de la cellulite sous-cutanée consiste en une *malaxation digitale* des tissus les plus superficiels, peau et panicule adipeux, soulevés et isolés des plans sous-jacents. « Les deux mains, dit STAPFER, saisissent entre la pulpe des quatre doigts et du pouce un pli de la peau, le palpent, y cherchent les points douloureux et les noyaux d'œdème, et les massent *sans force* en étirant un peu les tissus. » Cette malaxation est *douce*, elle se fait *sans force*, ce n'est pas un pétrissage : Pour nombre de gens, le massage équivaut à un frottement vigoureux. Il faut se défaire « de ce préjugé aussi naïf que celui du malade qui, pour

produire plus d'effet, avale sa potion au lieu de se contenter de sa cuillérée. » (Stapfer).

La malaxation doit se faire à l'aide des doigts seulement. « Il faut *toujours tendre*, à mesure que le traitement progresse, à *cet isolement de la peau*, indispensable à la saisie des points princeps, car ces derniers sont constitués le plus souvent par des filets nerveux terminaux qui viennent se perdre dans le tégument externe. » (Wetterwald).

Dans les régions où cette manœuvre est difficile ou impossible, souvent à cause de la douleur, on exerce, à l'aide de l'index ou du médius, une pression analogue au vibrato des violonistes.

Le massage variera donc selon les formes auxquelles on aura affaire.

La malaxation du tégument agit comme tout massage, dont il n'est qu'un mode, par effet mécanique et par effet réflexe.

Les *effets mécaniques* ne consistent pas seulement en l'expression des sérosités qui fusent et s'étalent dans les mailles du tissu cellulaire.

« Si l'on a bien saisi le rôle du tissu conjonctif dans la nutrition, on comprendra aisément que ses altérations sont une manifestation d'un trouble général de cette nutrition, trouble d'origine nerveuse. Il est impossible anatomiquement, de masser un sujet c'est-à-dire d'agir sur sa peau et son tissu conjonctif sans exciter son système nerveux sensitif.

On oublie trop souvent qu'entre les doigts et les muscles il y a quelque chose de très important, la

peau et les nerfs cutanés. C'est en effet au système nerveux, c'est à la restauration de l'équilibre de ce grand régulateur de toute notre machine, qu'il faut rapporter la plus grande part des effets du traitement. Cette excitation convenablement dosée est la clef de voûte de toute thérapeutique physique, qu'elle soit balnéaire ou kinésique, lumineuse ou électrique.

Il est donc *peu important*, il est peut-être *nuisible* que vous écrasiez les noyaux et autres œdèmes cellulitiques.

C'est ce que Stapfer exprime par son *réflexe dynamogène*. » (Wetterwald).

Stapfer, par ses expériences au collège de France, publiées dans la thèse de Romano, a montré qu'un massage doux, léger, court, réveillait un réflexe accélérateur : *le réflexe dynamogène* de Stapfer. Il résume ainsi sa technique : « Douceur, légèreté de main, séances brèves, doses homéopathiques. » Le résultat final d'un tel massage abdominal est toujours, après une élévation passagère au début de la pression sanguine, le retour de cette pression à la normale. Au contraire, un massage fait avec force, d'une manière prolongée, sans pause, occasionne des effets inhibitoires : le résultat final est une vaso-dilatation persistante, d'où abaissement définitif de la pression pouvant aboutir à une syncope diastolique.

C'est à l'action de nos doigts sur les nerfs, et nécessairement ce sont les nerfs sensitifs cutanés qui

reçoivent le premier choc, avec toutes ses conséquences proches ou lointaines, éphémères ou durables, qu'il faut attribuer ces modifications surprenantes.

Sous l'influence d'un réflexe énergique, le massage régénère le sang, et fait fonctionner les glandes endocrines, il a ainsi un pouvoir créateur de globules rouges, un pouvoir microbicide, un pouvoir antitoxique. (Stapfer).

On voit donc que les *effets réflexes* sont de beaucoup les plus importants.

La cellulite parcourt trois phases : congestive, hypertrophique, atrophique scléreuse. Elles correspondent peut-être à trois états successifs qui ne sont nettement tranchés que dans une formule schématique, car ils peuvent empiéter l'un sur l'autre, les trois stades étant souvent réunis chez le même sujet : excitation, douleur, dépression.

Dans nombre de cas notre traitement sera simultanément sédatif et tonique. (Wetterwald).

Il nous sera permis de constater, au bout de quelques jours, une amélioration sensible chez nos malades : sensation de légèreté, de bien-être, de résistance à la fatigue ; le sommeil réapparaît, les facultés psychiques et surtout la mémoire sont favorablement influencées. Les troubles de sensibilité subjective, les phénomènes d'ordre réflexe, arythmie cardiaque nerveuse, toux utérine, les symptômes secrétoires gastro-intestinaux, sans lésion glandulaire, disparaissent parfois rapidement avec les al-

gies de voisinage. Quant à l'élément douleur, si dans les cas avancés on ne peut le supprimer, on peut rendre la vie supportable à ces malheureux . les fonctions s'améliorent, et la locomotion en particulier devient possible.

Notons qu'il est indispensable de *poursuivre les points douloureux cutanés*, non seulement dans les territoires où ils se manifestent spontanément, mais *partout* où ils restent momentanément latents. Leur recherche doit donc toujours être généralisée à toute la surface cutanée.

La GYMNASTIQUE est le *complément indispensable* du massage neuro-dermique. Elle se compose de :

1° *Mouvements actifs* ou *volontaires*, résultant de la contraction d'un muscle. Ils comprennent des *mouvements libres*, et des *mouvements avec résistance ;* dans ces derniers le travail est *localisé*, au lieu d'être généralisé.

2° *Mouvements passifs* ou *communiqués*, qui sont provoqués par un agent extérieur : main ou machine.

La gymnastique a également pour résultat des effets mécaniques et des effets réflexes.

Les *effets mécaniques* consistent en une augmentation du rendement mécanique des différents appareils : ampliation thoraco-pulmonaire, libre jeu des articulations, allongement et raccourcissement des fibres musculaires, réplétion et déplétion des veines et des capillaires, accélération de la lymphe

et du courant sanguin rétrograde, ébranlement des tissus mous, ce qui n'est pas sans influence sur le squelette lui-même, compression et relâchement des organes profonds, enfin une sorte de massage des parties soumises aux manipulations.

Il y a aussi l'extension d'un tronc nerveux profond, que celle-ci atteigne le tronc nerveux lui-même, ou occasionne un allongement de la peau et de ses innombrables filets nerveux. (Wetterwald).

Les *effets réflexes* se produisent au début ou au cours des exercices, quelquefois à une période éloignée. Ce sont des phénomènes vaso-moteurs (rubéfaction et chaleur) bio-chimiques (assimilation et désassimilation, oxydations, modifications des sécrétions et excrétions), rythmiques (modification du rythme respiratoire et circulatoire), neuro-psychiques (suractivité des centres psycho-cinésiques). On voit que ce sont des effets éducatifs ou rééducatifs.

Il ne faut pas oublier les synergies ou contractions musculaires réflexes, qui jouent un rôle si judicieusement mis en relief par Lagrange, dans l'effort et dans la fatigue.

Tout comme pour le massage, il faut doser la quantité et la qualité du mouvement, le but étant de régulariser la nutrition et de favoriser les réactions naturelles de défense de l'organisme.

Après l'application du massage neuro-dermique, on fera faire au malade quelques mouvements passifs, selon la région sur laquelle on opère. Peu à peu,

on arrivera aux mouvements libres avec résistance, et plus tard aux mouvements libres actifs. On utilise les *mouvements respiratoires*, ceux de flexion et d'extension des membres et du tronc. Il faut apprendre *à tous les malades* à respirer en position couchée dorsale — respiration diaphragmatique — bien décrite par Rosenthal. Posez les mains sur le ventre, et dites leur de laisser la paroi se soulever à l'inspiration et se déprimer à l'expiration. Votre main inerte suit le mouvement. Les mouvements gymnastiques seront au début toujours passifs. Chez certains malades les mouvements actifs seront toujours contre-indiqués. On termine par la *respiration passive*.

Ainsi traité, le malade présente, à côté d'une amélioration ou d'une guérison locale, une restauration du faciès, de la santé générale, du bien-être, des fonctions psychiques, digestives, respiratoires, circulatoires et locomotrices.

La clinique montre qu'en plus de ces avantages on obtient un résultat plus rapide, plus complet et plus durable par l'emploi de la gymnastique associée au massage.

Ce traitement est contre-indiqué :

1° Dans les cas trop invétérés, où il serait plus nuisible qu'utile.

2° Dans les algies des tuberculeux, la sclérose étant pour ces malades un processus relatif de gué-

rison. S'il s'agit d'une sclérose limitée et lente, il y a intérêt à ne pas l'entraver ; si la marche est rapide et généralisée, la lutte est inutile.

3° Dans les tumeurs malignes.

4° Dans les processus infectueux aigüs.

DEUXIÈME PARTIE

Observations

OBSERVATION I

Névralgie du trijumeau (Dr Wetterwald)

M. D., pharmacien, 35 ans, souffre depuis un an de névralgie du trijumeau. Son père était rhumatisant ; sa mère, nerveuse ; il a deux demi-sœurs toutes deux névropathes. Lui-même a dans ses antécédents un érythème noueux, à 9 ans, des douleurs erratiques, brachiales, intercostales. Pas de spirillose. Poids actuel : 52 kilos 450. Amaigrissement considérable ; les côtes font saillie, le ventre est excavé, la musculature du tronc et des membres me rappelle certains sujets des pavillons de dissection.

L'état présent a débuté par des douleurs, partant de l'arcade sourcilière gauche, et s'irradiant dans la tempe, le nez, la joue. Les douleurs sont continues, entrecoupées de crises suraiguës qui durent plusieurs heures, parfois plu-

sieurs jours. Une molaire incriminée a été arrachée sans résultat. Le patient a usé de tous les calmants dont son officine est abondamment pourvue. L'électrothérapie a été essayée, sous forme d'effluves, de courants continus. Le Dr O., médecin des Hôpitaux, a pratiqué une quinzaine d'injections superficielles d'alcool : soulagement momentané. Le Dr S.. a fait un essai de traitement par les injections profondes intra-nerveuses. Une seule piqûre a été faite, par le trou sus-orbitaire ; les douleurs ont augmenté. Le Dr S... aurait émis l'avis, devant ce résultat, qu'il ne s'agissait pas de névralgie faciale vraie, mais d'un symptôme névralgiforme (?) Depuis, le malade souffre à l'endroit de la piqûre. Plaque d'anesthésie pariétale consécutive à cette intervention. D. s'est fait lui-même quelques injections sous-cutanées d'alcool, qui le soulageaient momentanément. Il a eu derechef recours à l'électricité (haute fréquence). Les douleurs persistant et augmentant, l'insomnie s'installant, le travail devenu impossible, et l'amaigrissement faisant des progrès rapides, le patient songe au suicide, ultime ressource des désespérés. C'est à cette époque qu'il vient trouver le Dr W. (mai 1910).

Percussion et auscultation négatives. Denture bonne . fosses nasales et pharynx indemnes. Abdomen concave, par affaiblissement et atrophie de la paroi. Constipation opiniâtre. Un peu de tympanisme (contractions partielles, segmentaires et orificielles du tube digestif). Volume urinaire faible (950 cc), densité élevée (1030). Pas d'albumine ni de sucre. La palpation des points nerveux cutanés est intolérable ou seulement douloureuse sur le rebord sourcilier et la paupière supérieure gauches, dans la fosse temporale, les régions sous-orbitaire, palpérable inférieure, naso-lobaire, pré et rétro-auriculaire, et à l'angle du maxillaire inférieur. Les premières séances sont très courtes ; les manipulations, ultra-légères. On supprime toute drogue, ce qui désespère le malade, habitué à prendre

quotidiennement 3 cachets d'aspirine-pyramidon-caféine. Heureusement, l'amélioration semble venir graduellement lorsqu'une angine survient qui retient D. à la chambre et même au lit. Chose curieuse, pendant la période fébrile, les douleurs ont disparu, et dès que la fièvre est tombée, violente crise de névralgie ne laissant de repos ni jour, ni nuit. Le trional procure une bonne nuit.

Dès le 2 juin, reprise du traitement au lit du malade. Soulagement marqué après chaque séance. Le 7 juin, D. revient chez le Dr W. Le 10, on note : a beaucoup moins souffert malgré qu'il fût obligé de faire les comptes du mois. Et on sait ce que sont les comptes d'apothicaires !

La disparition brusque des douleurs pendant la poussée tonsillaire fébrile est à noter. Pourquoi la fluxion aiguë a-t-elle fait cesser la chronique. Est-ce par un processus analogue à celui des abcès de fixation ?

Le 17 juin, le malade ne pèse plus que 51 k. 200. On lui permet un peu de suc musculaire, mais il abuse de la permission, et la constipation, qui avait disparu, revient comme devant. On supprime le jus de viande. En juillet, D. part pour la campagne après un mois de traitement, très amélioré, dormant et mangeant bien, n'ayant que de rares crises très supportables. Il redoute la suspension du traitement, que l'on ne pourra reprendre qu'en octobre.

Dans le courant de juillet, il écrit qu'il traverse une mauvaise période. C'est la réaction prévue.

En octobre, D. vient voir son médecin qui est surpris de sa bonne mine. Poids 55. Il est du reste enchanté : l'amélioration a suivi de près la petite rechute, et c'est avec la plus grande confiance dans le résultat final qu'on lui propose de reprendre le traitement.

L'observation présente cet intérêt spécial que l'on a eu l'occasion d'intervenir en pleine crise suraiguë sans provoquer une exacerbation de la douleur : bien au contraire.

Août 1913. — Le traitement n'a pas été repris ; les dou-

leurs ayant complètement cessé et n'ayant pas reparu jusqu'à ce jour (août 1913).

OBSERVATION II

Occipitalgie (Dr Wetterwald)

M. L..., étudiant en droit, consulte le 23 mai 1912, pour des douleurs siégeant à la nuque et à l'occiput, et qui lui interdisent tout travail sérieux depuis trois mois. Le Dr Wetterwald constate l'existence de points douloureux cutanés occipitaux, de deux points cervicaux, et une névrite des filets trapéziens du plexus cervical superficiel.

Le traitement neuro-dermique consiste en un pétrissage léger du tissu où aboutit l'extrémité du filet sensitif douloureux : il amène une disparition très rapide des douleurs. Par mesure de prudence on prolonge le traitement pendant quelques jours.

Dès les premières séances, M. L... a pu reprendre son travail d'une façon assidue, et préparer un examen qu'il a passé avec succès avant la fin du traitement qui a consisté en vingt-cinq séances.

OBSERVATION III

Neurite sciatique et occipito-cervicale (Dr Wetterwald)

Mlle Sch., 14 ans ½, souffre depuis deux mois de douleurs aiguës dans la jambe gauche. La sensibilité cutanée

est telle que le moindre frôlement arrache des gémissements à la jeune malade. Les mêmes symptômes ont apparu, il y a deux ans dans le bras droit. Mlle Sch... se trouvait alors à Bruxelles, et tout fut inutilement essayé : électricité, air chaud, massage, analgésiques. Au dire des parents, aucun diagnostic précis ne fut posé alors. Les douleurs aiguës finirent par s'amender, mais il persiste encore une sensibilité au toucher, non seulement dans le bras, mais dans tout le tégument. Cette hyperesthésie est telle que le père de la jeune fille la fait crier lorsqu'il la soulève pour l'embrasser.

Actuellement (septembre 1912), le médecin traitant se trouve dans le même embarras que les confrères belges. Avec le Dr T... médecin des Hôpitaux, il a passé en revue toute la pathologie nerveuse sans trouver d'étiquette satisfaisante. Ce qui déroute le diagnostic, c'est cette extrême sensibilité superficielle. Cependant le Dr T... qui a fait à la Société de Thérapeutique un rapport sur un ouvrage du Dr Wetterwald — Les Névralgies — pense qu'il s'agit de neurites cellulitiques, et conseille de s'adresser à l'auteur. On a pensé pour l'étiologie, à une intoxication endogène, mais de quelle nature ? Le traitement a consisté en administration d'antinévralgiques, de ferments lactés, d'extrait thyroïdien. Pas de résultat. On incline à essayer l'air chaud, opinion à laquelle le Dr Wetterwald, consulté, se rallie avant d'entreprendre la Kinesithérapie.

Six séances avec un appareil puissant ne produisent aucune amélioration ; on confie la malade au Dr Wetterwald.

Fillette réglée, règles très abondantes et prolongées (8 à 10 jours). Début du traitement : 2 octobre 1912.

Enorme sensibilité cutanée de toute la jambe gauche prédominant aux lieux d'élection des régions fessière et crurale. Dans la nuit qui a précédé la première séance,

une névralgie occipito-cervicale et temporo-faciale (trismus) est survenue brusquement du côté gauche.

Dès la troisième séance, cette crise a presque disparu et la douleur de la cuisse est en voie de diminution. La malaxation cutanée, réduite presque à un frôlement le premier jour, devient plus ample et plus énergique et est assez bien supportée. A la mensuration on trouve une différence de 3 cent. 3 en faveur de la cuisse droite, à 15 cent. de la rotule. Le tissu cellulaire est empâté.

Le huitième jour, le médecin traitant constate une « transformation » chez sa malade.

On adjoint au massage des mouvements de gymnastique appropriés.

Le 19 octobre on trouve une augmentation de volume des masses musculaires. La cuisse gauche a grossi de 1 centimètre 5 et la droite de 0 centimètre 5.

Le 21 octobre, la malade quitte la chambre, monte et descend les étages sans aide. Les douleurs ont complètement disparu.

Le 30 octobre, cessation du traitement qui a exigé 21 séances. Le diagnostic posé était : névrites périphériques multiples prédominant dans les régions crurale et fessière.

L'existence de nombreux points douloureux cutanés expliquait mieux que l'hypothèse d'une névrite profonde, l'hypérésthesie du tégument.

OBSERVATION IV

Crampes dites des écrivains. Publiée par le Dr Gendron

Joseph L..., clerc d'huissier, 43 ans, se plaint de crispations de la main lorsqu'il écrit pendant un certain temps.

Ce malade est obligé, tous les quarts d'heure environ, de lâcher sa plume et de secouer sa main pendant quelques secondes ; il dit, en outre, que lorsqu'il a écrit quelques heures, il a de la difficulté pour ouvrir et fermer les doigts. Il éprouve la sensation d'un gant de plomb fixé sur la main droite.

A la palpation on trouve toute une série de noyaux cellulitiques, dont quelques-uns plus douloureux correspondent : l'un à l'épitrochlie, aux environs du territoire du nerf brachial cutané interne ; deux autres, situés au tiers supérieur de la région radiale, territoire du nerf musculo-cutané ; un quatrième se trouve à la région carpienne cubitale, et le cinquième enfin à l'éminence thénar.

Ce malade qui se croit atteint de la crampe « des écrivains » est très anxieux sur le résultat du traitement. Je crois pouvoir le rassurer sur le succès définitif et commence à le masser.

Je fais à ce malade une séance quotidienne d'un quart d'heure environ, composée de trois minutes d'effleurages aussi légers que possible pour obtenir un relâchement complet des muscles en hypertomie sensible ; puis toujours par le même procédé, je malaxe la peau, sans force, mais de façon à dissocier progressivement les tissus en voie de sclérification.

Un résultat complet fut obtenu chez ce malade en vingt-cinq massages : il peut a présent travailler des heures entières sans fatigue.

OBSERVATION V

Arthrite rhumatismale de l'épaule droite. (Personnelle).

Mme H..., âgée de 72 ans, vient consulter à la clinique de Kinésithérapie gynécologique, parce qu'elle souffre depuis juillet 1912 d'une arthrite rhumatismale de l'épaule droite. Elle attribue le début de son affection au port d'une valise trop lourde.

Les mouvements de l'épaule sont très limités : élévation en abduction de 45 degrés. Craquements articulaires et péri-articulaires. Atrophie considérable des deltoïdes, biceps, triceps.

Le traitement est commencé le 5 novembre : massage de la peau, mobilisation.

9 novembre. — Amélioration, élévation en abduction de 90 degrés. Diminution des douleurs. Un médecin présent est étonné que le massage de la peau seule puisse guérir une arthrite. L'examen approfondi permet de trouver les points douloureux suivants : points sus-claviculaire, point deltoïdien, point axillaire, point du V deltoïdien.

11 novembre. Les mouvements sont plus étendus, mais les douleurs sont aussi fortes.

18 novembre. — La malade se plaint toujours de souffrir : elle est satisfaite de l'amélioration des mouvements qui gagnent toujours.

20 novembre. — Je pense avoir trouvé la cause de la non amélioration des douleurs dans des frictions intempestives au Baume d'Opodeldoch.

20 novembre. — La séance du 20 a produit un grand soulagement ; la malade n'est pas venue le 21.

11 décembre. — La malade vient trop irrégulièrement pour qu'on puisse *doser* son traitement. Elle accuse cepen-

dant des progrès dans les mouvements. Elle se plaint de souffrir, a des crampes nocturnes. Je lui fais la morale au point de vue de la régularité des séances.

2 janvier 1913. — Plus de douleurs depuis une huitaine de jours. Les mouvements sont également plus amples.

Le résultat est très satisfaisant étant donné l'âge de la patiente, et l'irégularité du traitement.

OBSERVATION VI

Scapulalgie (Publiée par le Dr WETTERWALD)

Mme R..., 63 ans, m'est confiée par M. le Dr M., médecin des hôpitaux de Paris ; le bras gauche est immobilisé par une douleur que la malade localise à l'épaule et au coude.

L'état actuel remonte à la fin de novembre 1908. Je vois la malade le 16 décembre : douleurs spontanées, mais surtout provoquées par les mouvements de l'articulation scapulo-humérale et du coude ; la rétropulsion est impossible, l'abduction insignifiante. Pas d'atrophie apparente. Les mouvements passifs, sont obtenus, mais difficilement, parce que la malade redoute la douleur. L'examen neuro-dermique relève les points douloureux habituels de cette région : point sus acromien, claviculaires, trapézien, angle de l'omoplate ; au coude : points sus-épitrocléens, cutané radial. En outre, la palpation provoque des douleurs dans la région des perforants thoraciques moyens, du femoro-cutané, des branches cutanées du petit sciatique (fesse, cuisse) du saphène interne (genou et jambe) du cutané péronier, du plantaire cutané externe (pied)

du musculo-cutané et du saphène externe (collatéraux dorsaux des 3e et 4e orteils).

Sensation de glace dans la jambe droite, et de chaleur dans la jambe gauche (depuis fort longtemps). La malade a pris en 8 jours 40 grammes de salicylate de soude sans résultat.

17 décembre. Début du traitement manuel neuro-dermique. 5 séances par semaine.

21 décembre. Amélioration des mouvements.

22 décembre. Diminution des douleurs ; l'élévation, l'abduction et la rétropulsion spontanée sont possibles, mais douloureuses.

27 décembre. Très grande amélioration subjective et objective.

29 décembre. Tous les mouvements du membre supérieur gauche se font avec la plus grande facilité, presque sans douleur.

Le traitement est interrompu du 13 au 24 janvier. A partir du 24 janvier, 3 séances par semaine.

La malade se sert de son bras gauche très aisément ; elle y éprouve encore quelques douleurs, mais celles-ci commencent à prédominer dans la fesse, la cuisse, et la jambe gauche, que je traite en même temps que l'épaule, et où le tissu cellulaire présente aux lieux d'élection, une induration scléreuse caractéristique. Signe de Lasègue.

En février, je continue le traitement général dans le but d'améliorer la circulation de la malade, sans prétendre obtenir une guérison d'un état chronique existant depuis de longues années. La malade vient chez moi à pied à partir du 1er février (2 km.)

OBSERVATION VII

Névrites scapulo-humérales (Personnelle)

Mme G..., 45 ans, est adressée au docteur Wetterwald par un confrère pour une névrite du bras droit en aggravation progressive depuis le début (7 mai). Soignée inutilement par l'air chaud, les pointes de feu, le massage vibratoire. L'origine de l'affection semble être un traumatisme — port d'une valise trop lourde — survenant chez un sujet prédisposé. Il existe en effet sur le tégument de la malade de nombreux noyaux ou placards de cellulite.

Elle-même a constaté ce qu'elle appelle « ses chapelets » dans un des interstices musculaires de son bras droit.

Les mouvements de ce membre sont très limités, l'abduction n'est possible que jusqu'à 45 degrés ; tout essai de rétroduction provoque de vives douleurs. La patiente ne peut ni se coiffer, ni agrafer sa jupe en arrière. Les douleurs sont de deux sortes : *spontanées* et *provoquées*. Les premières consistent en crises avec élancements, accompagnées parfois de gonflement du moignon de l'épaule. En dehors des crises, endolorissement et lourdeur de tout le membre, auquel la malade ne sait quelle position donner surtout au lit. La pression est surtout douloureuse aux points acromio-claviculaire, deltoïdien, sous-clavicuculaire, du V deltoïdien, trapézien. Le pincement léger de la peau au niveau de ces points démontre bien que le maximum de la douleur siège dans les filets nerveux cutanés et les troubles trophiques du tissu cellulaire (œdème, noyaux, plaques indurées), ne laissent aucun doute à cet égard.

Le traitement que nous faisons à la clinique sous la direction du Dr Wetterwald, consiste en malaxations légères (très légères au début) de toute la région scapulo-humé-

rale ; en mobilisation, d'abord passive, puis active des articulations, et rééducation des mouvements.

Quotidien au début, le traitement n'est pratiqué que tous les deux jours à partir de la cinquième semaine (janvier 1913).

Les douleurs spontanées ont disparu, sauf une crise le 25 janvier, coïncidant avec une baisse barométrique brusque. Les mouvements sont recouvrés dans toutes les directions et presque en totalité. La rétroduction spontanée du bras s'effectue aisément ; si l'on force, on provoque une douleur correspondant à la région antéro-supérieure de la tête humérale.

Cessation du traitement : fin janvier.

OBSERVATION VIII

Rhumatisme chronique (Dr Wetterwald)

En 1908, je fus appelé auprès d'une dame H, qu'on me présenta comme une rhumatisante chronique ayant essayé vainement de plusieurs traitements, y compris l'électricité (j'ignore sous quelle forme) le massage, les eaux de plusieurs stations renommées d'Allemagne et de France. Agée de 59 ans, amaigrie et affaiblie, elle parlait d'une voix dolente et ne quittait qu'à grand'peine et soutenue par une aide le fauteuil où elle passait ses journées. Se plaignait de douleurs surtout aux épaules, aux genoux, et dans les masses musculaires des membres et du tronc.

Les mouvements spontanés de l'articulation scapulo-humérale étaient presque nuls, surtout à droite. La mala-

de voulait-elle modifier la position du membre supérieur de ce côté, elle saisissait le bras droit avec la main gauche et le posait à l'endroit voulu. Les premiers essais de mobilisation lui arrachèrent des cris. Craquements perçus au niveau de la partie antérieure et supérieure de la jointure. L'articulation du genou gauche est volumineuse et cette augmentation porte sur les deux extrémités osseuses, comme le démontre la radiographie, qui révèle, en outre, la présence d'un corps étranger intra-articulaire. La flexion est possible jusqu'à l'angle droit, mais douloureuse, et le quadriceps est un peu atrophié. A droite, elle est plus limitée. Craquements des deux côtés. Raideur très prononcée de la nuque, dont tous les mouvements sont douloureux. Voulant me rendre compte de l'état du tissu cellulaire sous-cutané, je fis quelques plis à la peau en différentes régions : au deltoïde, à la partie interne des cuisses et des genoux, aux mollets. Chaque essai fut accueilli par des cris de douleur ; la musculature était flasque, le tégument mou et sans élasticité.

Les premières séances ne furent guère encourageantes. Au bout de quinze jours, il y eut quelques progrès dans les mouvements passifs, mais j'avais affaire à une malade dont le moral était aussi atteint que le physique. Tristesse, découragements, plaintes continuelles, reproches sur la lenteur des résultats. Cependant six semaines après le début du traitement, la malade, qui avant ne pouvait se lever de son fauteuil, ni écarter les coudes du corps, se coiffait seule, et préparait les malles de son fils qui partait en voyage. Je ne pus malheureusement achever un traitement si bien commencé, la malade ayant quitté Paris.

OBSERVATION IX

Arthrite fémorale chronique (Personnelle)

Mlle C..., 39 ans, vient consulter à la clinique de Kinésithérapie gynécologique, parce qu'elle se plaint de douleurs dans la hanche gauche, et dans l'hypochondre droit. Elle a été soignée pour un rein mobile auquel on attribue tous ses malaises. Elle porte une ceinture avec pelote. Elle est impotente depuis des années, et se croit condamnée à l'immobilité pour le reste de ses jours.

Nous l'examinons le 3mars 1913 ; elle présente un certain nombre de points douloureux cutanés : en avant, points sous-ombilical et inguinal droit ; en arrière, points trochantérien, fessier, sous-costal gauche, points fessier et sous-costal droit.

Traitement. — Malaxation de la peau au niveau des divers points douloureux.

17 mars. — La malade a marché hier une heure sans fatigue. Elle a eu ses règles qui sont peu abondantes.

18 mars. — Les règles sont terminées.

3 avril. — Durant les vacances de Pâques, du 20 mars au 2 avril, il n'y a pas eu de traitement. Pendant cet intervalle, la malade a eu une crise très douloureuse du 20 au 25.

A la date du 3 avril, il y a une amélioration.

4 avril. — « Si cette amélioration persiste, nous dit la malade, c'est réellement une nouvelle existence pour moi.» Notons de fréquentes envies d'uriner.

5 avril. — La malade n'a pas eu de crise depuis douze jours.

7 avril. — La malade est à son XXIe jour (fin de l'engorgement du second molimen de Stapfer) ; elle a une petite crise douloureuse.

9 AVRIL. — La malade ne souffre plus. Dans sa famille on l'appelle « la Résurrection ». Elle ne marchait plus depuis six mois, et souffrait de partout, sauf de la tête.

La névrite intercostale droite a disparu.

10 avril. — Elle a souffert toute la nuit dans le dos, principalement à deux heures du matin. Hier, elle a ressenti une petite douleur à la hanche. Constipation. On commence quelques mouvements de gymnastique : élévation, extension et flexion des jambes ; redressement du tronc en station couchée.

12 avril. — Nuit de tempête... et de brûlures (mais pas de douleurs) dans les cuisses et le bassin.

13 mai. — La fin du mois d'avril a été bonne. Les règles sont arrivées le 18 Avril. Etat satisfaisant jusqu'au dixième jour. A ce moment la malade a eu une petite crise de trois jours : douleurs dans la hanche et le côté gauche. Au 13 Mai (XXVIII[e] jour. Règles) l'état est bon : il faut noter une douleur au point scapulaire.

21 mai. — La malade est reprise d'une crise douloureuse qui s'est généralisée : elle pleure.

23 mai. — Disparition des douleurs.

La malade cesse tout traitement fin mai.

En *juillet*, elle écrit qu'elle se porte très bien : elle marche, dort, et travaille. Elle est enchantée du résultat.

OBSERVATIONS X

Sciatique (D[r] WETTERWALD)

Mme L..., 75 ans, en traitement à l'infirmerie d'une maison de retraite pour névrite sciatique, a dans ses antécédents des céphalées, du vertige, un rhumatisme du

pied. Souffre constamment depuis six semaines d'une douleur dans la fesse gauche et dans la partie externe de la hanche. La station assise augmente la douleur. Signe de Lasègue net et précoce (à 45°). L'état actuel n'est que l'exacerbation d'une névralgie datant d'au moins dix ans. Bronchites fréquentes. La palpation cutanée provoque ou augmente la douleur dans la région de la grande échancrure sciatique, sus-trochantérienne, et fémorale interne inférieure. D'autres points douloureux latents existent dans la zone cutanée péronière, surale, interne, sous malléolaire, sous-claviculaire, deltoïdienne, sus-épitrochléenne. Cicatrices d'ignipunctures récentes. Le Dr Macaigne confie la malade à M. Wetterwald.

1909. 14 décembre. — Début du traitement (5 séances par semaine).

21 décembre. — Amélioration de la marche.

24 décembre. — Augmentation des douleurs dues peut-être à un massage trop energique. Peu d'amélioration après les séances, ce qui indique d'ordinaire un massage défectueux. Je fais des séances plus courtes et des manipulations plus légères.

1910. 3 janvier. — Marche plus facile mais les douleurs sont toujours fortes. Je pratique l'élongation (élévation) du membre inférieur, très douloureuse.

5 janvier. — A souffert toute la journée.

7 janvier. — Souffre autant, marche beaucoup mieux. Je cesse l'élévation qui provoque des douleurs intolérables.

10 janvier. — Souffre plus que jamais. Je me contente d'effleurage et prescris le repos au lit.

15 janvier. — Amélioration. Interruption du traitement jusqu'au 24 janvier.

24 janvier. — La malade reste levée tout l'après-midi, monte et descend les escaliers, avec quelques douleurs dans les fesses.

Trois séances par semaine.

26 janvier. — Amélioration continue.

31 janvier. — Ne souffre plus qu'en se baissant. Cessation du traitement. Quitte l'infirmerie dans les premiers jours de février, toute douleur ayant disparu, même à l'occasion des mouvements.

OBSERVATION XI

Périarthrite en plaque du genou

(Publiée par BERNE)

J'ai eu l'occasion d'observer chez plusieurs de mes malades une singulière variété de périarthrite à laquelle, faute de trouver une désignation plus précise, je propose de donner le nom de *périarthrite en plaque*. Je n'ai constaté cette affection qu'au genou, le plus souvent à la partie interne de cette articulation, et ici avec les caractères suivants : il s'agit d'une sorte de plaque indurée, siégeant au-devant du tendon de la longue portion du grand adducteur, s'étendant en avant jusqu'à 2 ou 3 centimètres de la rotule recouvrant en partie l'attache supérieure du ligament latéral interne. Cette plaque sous-cutanée n'est nullement adhérente aux parties profondes : elle fait exclusivement partie du tissu cellulaire, et semble constitué par l'épaississement même de ce tissu. La peau est légèrement déprimée ça et là, chez certains sujets, et revêt un aspect spécial comme framboisé ; mais la coloration du tégument est normale.

La plaque présente une étendue verticale de 6 à 8 centimètres et transversale de 1 à 5 centimètres en moyen-

ne. A son niveau l'articulation paraît déformée ; une sorte de renflement s'observe, en effet et contraste avec la dépression normale du côté sain. Légèrement douloureuse lorsque la température devient humide, *la périarthrite en plaque* ne s'accompagne ni de raideur articulaire véritable, ni de contracture musculaire. Les malades, d'ordinaire en puissance de diathèse rhumatismale, se plaignent d'éprouver de la gêne, mais non de l'impotence fonctionnelle ; ils consultent, disent-ils, parce qu'ils craignent : « quelque tumeur blanche ou quelque autre tumeur ». Après examen, il est facile de les rassurer car on reconnaît aisément que l'articulation proprement dite est tout a fait indemne. Il est aisé également d'établir une distinction entre cette variété de douleur articulaire et l'arthro-névralgie ; dans cette dernière affection, en effet, le simple contact du tégument suffit à exaspérer la douleur, les muscles périarticulaires sont fréquemment contracturés. Ici, rien de semblable ; au point de vue du processus, la *périarthrite en plaque* du genou diffère de la périarthrite scapulo-humérale en ce qu'elle ne se localise pas exclusivement dans les bourses séreuses. Dans la variété dont il s'agit, toute la lésion semble avoir pour siège unique le tissu cellulaire sous-cutané, sans qu'il y ait *rétraction*, ce qui distingue cette affection de la sclérodermie. Je dois ajouter que le massage appliqué au traitement de cet épaississement du tissu cellulaire donne d'excellents et rapides résultats.

OBSERVATION XII

Affection de la partie inférieure de la cuisse prise pour une tumeur crue de mauvaise nature. Incision et ablation partielle : on a affaire à une myosite chronique. Massage. Guérison.

(Publiée par NORSTRÖM) (Résumée)

D..., 48 ans, non syphilitique, rhumatisant. Développement en *quatre semaines*, au niveau de la moitié inférieure de la cuisse, aussi bien dans le droit antérieur que dans le vaste interne et le vaste externe, d'une *tuméfaction très douloureuse au toucher* entourant le fémur comme un manchon. La flexion du genou devient impossible. Diagnostic : périostite.

Glace, iodure, pommade iodurée ; pas de résultat.

Le professeur Trendelenburg propose une incision exploratrice pour savoir s'il s'agit d'un *abcès osseux*, d'une *ostéo-myélite* avec *périostite*, ou d'une *tumeur*.

Le 21 juin, opération. Etat actuel : tumeur molle, pâteuse, douloureuse à la pression, semblant faire corps avec l'os.

Peau épaisse, dure, œdémateuse, infiltrée. Pas d'épanchement articulaire. Incision parallèle à l'axe du membre, au-dessus de la rotule, intéressant la peau et le tissu cellulaire ; ces tissus *crient sous le bistouri. Le muscle présente l'aspect de la dégénérescence graisseuse.*

Pas de lésion osseuse, ni périostique. L'examen histologique ne put avoir lieu.

Norström revit la malade six semaines après. Plaie guérie. Les courants électriques induits et constants démontrèrent la *conservation de la contractilité musculaire. La substance contractile n'est pas altérée.* On essaya du massage : au bout de sept semaines et demie, la

tumeur avait disparu, le genou avait recouvré tous ses mouvements.

OBSERVATION XIII

Arthrite chronique du genou
(Personnelle)

Mme H..., 82 ans, vient consulter, à la clinique de Kinesithérapie gynécologique, pour des douleurs dans le genou droit qui la font souffrir depuis deux ans.

La malade marche difficilement : elle ne peut plier le genou qu'avec difficulté.

L'examen, qui a lieu le 9 avril 1913, montre un empâtement de la région interne du genou droit. Le palper douloureux, provoque des récriminations de la part de la malade. Diagnostic : cellulite en plaque.

Le traitement consiste en malaxation cutanée, et en mouvements passifs d'extension et flexion de la jambe sur la cuisse.

20 avril. — Au bout de quelques séances, on peut délimiter le point maximum douloureux : point condyloro-tulien. La malade a également la région antéro-interne et antéro-externe de la cuisse empâtée, où l'on trouve un certain nombre de noyaux indurés.

A la date du 20 avril, la malade nous dit qu'elle marche mieux. Elle se plaint de douleurs le matin, surtout lorsqu'il faut monter ou descendre un escalier.

13 mai. — Il persiste encore un point douloureux à la région interne du genou, en dedans de la rotule : le point de départ semble être une altération osseuse. La peau de

cette région est encore infiltrée, mais en général le genou a considérablement diminué de volume.

La marche est plus facile. Le mouvement le plus douloureux est l'extension forcée.

OBSERVATION XIV

Névrites plantaires (Dr Wetterwald)

Mlle F. L..., 50 ans, souffre depuis de longues années dans la région plantaire antérieure des deux côtés. La douleur existe même au repos, et ne disparaît pas toujours lorsque la patiente, se déchausse : elle est cependant dans une certaine mesure en rapport avec la forme de la chaussure.

Aussi Mlle F. L. s'est-elle résignée à porter des souliers extraordinairement larges. Son choix s'est porté finalement sur des sandales dites « Kneipp ».

Elle vient consulter le Dr Wetterwald qui trouve que la douleur siège dans la peau et le tissu cellulaire recouvrant les articulations métatarso-phalangiennes, et non dans ces articulations comme le croyait l'Américain Morton. (Wetterwald. Les Névralgies). Ce sont les filets plantaires qui sont atteints de névrites.

Vingt séances de malaxation des téguments ont raison de cette forme de névrite, extrêmement tenace, et qui est entretenue et aggravée par le port de chaussures étroites.

OBSERVATION XV

Névralgies du 3e et 4e métatarsiens, et douleurs qualifiées de rhumatisme musculaire (Dr WETTERWALD)

Mlle G..., 47 ans, a souffert dans son adolescence de migraine, névralgies diverses, et surtout de douleurs aux pieds tellement violentes et intolérables qu'elles l'obligeaient parfois à se déchausser, en quelqu'endroit qu'elle se trouvât. Plus tard, elle a subi plusieurs traitements et opérations pour une tuméfaction douloureuse d'un genou, terminé par ankylose. Adipose assez prononcée ; douleurs rhumatoïdes prédominant aux parties du corps envahies par la graisse. Tristesse, découragement, tendance au pessimisme, esprit de contradiction. Grande amélioration par un traitement neuro-dermique de durée moyenne (40 séances). Les douleurs des pieds avaient pour siège la peau de la pulpe des orteils, principalement des 3e et 4e et la peau de la surface dorsale du métatarse, surtout à la hauteur des 3e et 4e articulations métatarso-phalangiennes.

Le traitement a eu une influence manifeste sur l'état cérébral de la malade, de son propre aveu.

Elle m'écrit en mars 1910, qu'elle avait passé un hiver excellent. ,

OBSERVATION XVI

Pseudo-angine de poitrine (Dr WETTERWALD)

Mme P..., 48 ans, règles douloureuses. Douleurs abdominales depuis une quinzaine d'années ; rétroflexion uté-

rine : parois abdominales épaisses, adipeuses et infiltrées, douloureuses à la pression. Cellulite dans la région des pectoraux, des deltoïdes, fémorale, jambière. Dysurie-polyurie. Crises d'étouffements avec douleur à la région précordiale, extrémités froides. Le Dr G. leur a attribué une origine utérine. Incontinence diurne. Névralgies faciales.. Leucorrhée abondante du VIIIe au XIVe jour de la période intercalaire. (1er molimen). Marche difficilement ; se fatigue rapidement.

Rapports conjugaux douloureux.. Facies utérin.

Trois mois de traitement (Kinésithérapie gynécologique, malaxation des régions infiltrées et douloureuses) transforment cette malade et lui procurent des règles abondantes et peu douloureuses, une grande résistance à la fatigue, la disparition des douleurs abdominales, de la strangurie et de la polyurie. Facies superbe. La retroversion persiste, mobile.

La malade continue à jouir d'un excellent état de santé. (Nov. 1909).

OBSERVATION XVII

Cellulite simulant une colique hépatique
(Publiée par JOSEPHSON)

La femme, d'une vingtaine d'années, mariée, est accouchée il y a vingt mois. Elle est malade depuis six semaines : vomissements et douleurs de ventre. Le médecin qui l'a traitée, a diagnostiqué une colique hépatique. La malade n'avait pas d'ictère et on n'a jamais trouvé de calculs biliaires. Elle a eu de légères crises simulant des coliques hépatiques et de continuelles douleurs avec

sensibilité à la moindre pression du ventre, et sensation constante de fatigue. Par l'examen je lui trouvai à gauche et au-dessous du nombril une cellulite qui s'étendait sur la surface d'une main, et à droite, une autre moins étendue. L'utérus était en rétroversion, et l'exploration très difficile à cause de l'épaisseur et de la sensibilité des parois abdominales. J'ai fait le massage pendant trois semaines : passé ce temps, les douleurs, spontanées et à la pression et la sensation de fatigue ont disparu. Dans ce cas, la cellulite était probablement aiguë.

OBSERVATION XVIII

Dyspepsie cellulitique (Dr Wetterwald)

Mme J..., 56 ans, me consulte le 9 juillet 1907, pour une dyspepsie qu'elle soigne depuis des années. Elle suit depuis 6 mois un régime consistant uniquement en lait caillé, sans grand profit semble-t-il, car les digestions, très pénibles, sont accompagnées constamment de vomissements alimentaires, éructations, flatulences, brûlures. Constipation opiniâtre. Asthénie. A dû vendre son fonds de commerce à cause de son état de santé. Corpulence apparente, mais atrophie musculaire réelle. De 100 kg. le poids corporel est tombé à 75 kg 100. Ménopause depuis 8 ans.

Adipose considérable de la paroi abdominale avec gros noyaux scléreux périombilicaux et névralgies thoraco-épigastriques. Le traitement cutané améliore la malade au point qu'elle peut, au bout de treize séances, quitter son régime. Un mois après, la malade mange de tout, et

actuellement ne garde de ses malaises antérieurs que quelques légers troubles dyspeptiques.

OBSERVATION XIX

Dyspnée nerveuse (Personnelle)

Mlle A. Ch..., 42 ans, religieuse, vient consulter à la clinique de Kinesithérapie gynécologique. Elle est envoyée par le Dr B., de Tilly-s.-Seule. Elle souffre depuis l'âge de 24 ans de crises de suffocation dont le tableau est à peu près le suivant : sous l'influence d'une émotion, d'un effort, ou même spontanément, la respiration s'accélère, les mâchoires se contractent, et les arcades dentaires sont fortement appliquées l'une contre l'autre. La figure pâlit, les forces s'en vont. La position horizontale tend à diminuer et à séparer les crises.

Dès l'enfance la malade ne pouvait ni courir, ni sauter comme les autres enfants. A partir de l'âge de 7 ans surviennent, de préférence l'été, des syncopes durant de cinq à dix minutes. Ces accidents se renouvellent de temps à autre quelquefois par an — jusqu'à l'âge de 20 ans.

Entre 20 et 24 ans, cessation de ces accidents.

Toute jeune, la malade toussait facilement l'hiver. Pas de ganglions, pas de grosses amygdales. Engelures aux mains et aux pieds. Cette toux a diminué vers 13 ou 14 ans ; elle persiste pourtant par quintes, surtout le matin, et est qualifiée de toux nerveuse : elle cesse définitive-

ment vers 23 ou 24 ans. Actuellement encore un peu de toux par le brouillard, mais ne s'enrhume pas facilement.

Réglée à 14 ans ; règles régulières durant une huitaine de jours. Pas de dysménorrhée. A partir de l'âge de 24 ans, huit à dix jours avant les règles, au début tous les deux mois, plus tard tous les mois, la malade crache, au réveil, quelques gorgées de sang.

Pas d'appétit, digestions longues et souvent difficiles ; très constipée. Par moment, crachements aqueux durant plusieurs heures, non acides ; d'autres fois, sensation de gonflement, de ballonnement, et perte complète d'appétit.

L'examen clinique fonctionnel de l'organisme ne révèle aucune lésion. L'examen physique permet de déceler un point douloureux sous le sein gauche, un autre en arrière entre l'omoplate et la colonne vertébrale. Plusieurs sont disséminés le long du bord gauche du sternum (perforants antérieurs).

Le traitement est commencé le 3 juin. Il consiste en massage gynécologique, destiné à agir sur la fonction ovarienne, et en malaxation des régions douloureuses du thorax, du ventre et du dos.

Le 11 juin. — La malade se dit plus forte, et prétend avoir moins de dyspnée d'effort. Elle monte plus facilement les deux étages de la clinique. Les points sous-mammaires et inter-omo-vertébral gauches sont moins douloureux ; les crises de dyspnée semblent bien être en relation avec ces points.

22 juin. — La malade a une crise douloureuse très forte. Elle est au XXII[e] jour de ses règles.

24 juin. — Apparition des règles.

Le 29 juin — Nouvelle crise douloureuse, il n'y en avait pas eu depuis le 22.

1[er] juillet. — La crise commencée le 29 continue. Aujourd'hui VIII[e] jour intercalaire les narines se pincent

brusquement, de telle sorte que l'inspiration suivant le même rythme, s'arrête aussi brusquement, et est très courte.

9 juillet. — La crise douloureuse s'est terminée le 2. Depuis rien n'est apparu.

Fin juillet. — La malade à quitté Paris pour retourner chez elle.

Elle est améliorée, n'ayant aucune crise en dehors des jours molimenaires (XIX^e^ au XX^e^ et IX^e^ au XII^e^ jours). Elle dort et mange bien, revoit ses époques sans essoufflement.

Son médecin qui l'a revue, trouve une très grande amélioration.

OBSERVATION XX

Pseudo-appendicite (D^r^ WETTERWALD)

Mme P..., 31 ans, a fait une fausse couche de 3 mois, en 1902. Début de ses misères : dysurie, pesanteur, douleurs lombaires et abdominales, constipation. La malade a consulté un certain nombre de médecins :

D^r^ C. Métrite : injection, ceinture hypogastrique, vins fortifiants.

D^r^ P. Métrite. Injections. Dumontpallier. Suppositoires.

D^r^ H..., gynécologue : injections chlorate de potasse, ovules, vins fortifiants, valérianate, cacodylate.

D^r^ X..., chirurgien : appendicite, salpingite droite, rétro-version utérine. 3 opérations dont 2 urgentes.

Je trouve : cellulite de la paroi avec infiltration et douleur prédominant au point de Mac Burney, rétroversion,

utérus gros (les utérus retroversés sont habituellement augmentés de volume) ; cellulite utérine et péri-utérine.

Un mois de traitement. Amélioration.

1910. Mme P. n'a pas suivi d'autre traitement, se déclare en parfaite santé et se félicite de n'avoir pas été opérée.

OBSERVATION XXJ

Pseudo-appendicite (publiée par le Dr GENDRON)

Mlle H. M..., vingt-quatre ans, vient me demander mon avis concernant le diagnostic d'appendicite et sur la nécessité de l'intervention.

Cette malade est constipée de longue date, avec crises de douleur et un peu d'entérite comme beaucoup de ses semblables. Un jour de coliques douloureuses, elle a fait appeler son médecin habituel. Celui-ci constata au point dit de Mac Burney, une douleur exquise à la pression, trouve le ventre sensible dans toute son étendue, de la défense musculaire, prononce le mot d'appendicite et fait appeler le chirurgien. Ce dernier examine la malade, confirme le diagnostic et déclare l'opération indispensable dans un délai rapproché.

J'examine cette malade venue spontanément à mon cabinet et suis étonné de constater qu'elle est uniquement atteinte de cellulite de la paroi abdominale et qu'elle présente, juste au point classique de Mac Burney, une plaque indurée facilement saisissable entre les doigts et extrêmement douloureuse à la pression.

Je crus donc pouvoir rassurer cette malade, et la soumettre à un traitement dirigé contre la cellulite et contre

la constipation. Contre la constipation, j'employai le massage uni à une gymnastique spéciale, et complété par une douche d'air chaud à 150°, selon la méthode préconisée par le docteur Dausset. Contre la cellulite, j'eus recours au pétrissage de tous les téguments atteints.

En quelques jours, j'ai obtenu, par cette méthode, une cessation complète de toute douleur, et la guérison de la constipation suivait quelques jours plus tard. (quatre semaines).

OBSERVATION XXII

Entérite chronique (Dr WETTERWALD)

Madame C..., couturière, 51 ans, poids 53 kg 850, est atteinte depuis l'âge de 28 ans de diarrhée avec expulsion de glaires.

D'abord intermittent, le spasme de l'intestin devient permanent, et oblige la malade a se présenter tous les jours de cinq à dix fois à la garde-robe. Douleurs modérées, réveillées par la pression ou mieux par le pincement léger des téguments au niveau de l'émergence des filets cutanés, épigastriques et abdominaux (point sus-ombilical, sous-ombilical, hypogastrique, etc.) Teint pâle, d'une pâleur hémorragique. Bien que la diarrhée puisse expliquer cette anémie, le docteur Wetterwald se demande s'il n'y a pas eu intoxication oxy-carbonée. La malade pense en effet que ses cheminées ont des fuites.

Début du traitement : 18 Novembre 1912.

Traitement quotidien : massage abdominal (palpation douce et profonde du ventre, vibrations légères, pétrissa-

ge très léger et très court des parties molles). — Gymnastique à partir de la sixième semaine.

Dès la *IV*me *séance*, une seule garde-robe en 24 heures.

A partir de la *X*me *séance*, amélioration subjective, retour des forces, du sommeil, de l'appétit. L'entourage se trouve « dans le ravissement », car l'été dernier, la malade se trouvant en villégiature en Suisse, on a cru ramener à Paris un cadavre. Elle-même sentait ses forces décliner tous les jours, et était résignée à une fin prochaine.

En Décembre, l'amélioration s'accentue, le teint se colore, la gaité revient.

Le 11 Décembre ; note du cahier d'observation : « Joie sur la figure ; malade enchantée. Paroi abdominale plus égale, plus ferme. Dort et mange bien, marche sans fatigue. Seule, la station debout est fatigante.

En Janvier, la malade ne revient que tous les deux ou trois jours. Mine florissante. Poids du 28 janvier : 58 kg 550. Les selles sont normales en quantité et d'aspect.

OBSERVATION XXIII

Cellulite de la paroi abdominale prise pour une paramétrite (Publiée par JOSEPHSON)

Malade âgée de 24 ans, soignée en Mars 1889 pour un avortement. A cette époque, aucune trace de cellulite. Accouchement le 18 avril 1911. Pas de fièvre puerpérale. Quinze jours après son accouchement, elle se plaint de douleur au côté droit sans que je puisse sentir aucun exsudat. Repos absolu pendant une semaine encore.

En l'explorant de nouveau, je trouve que la paramétrite soupçonnée, était une cellulite légère de la moitié droite de la paroi abdominale.

OBSERVATION XXIV

(Communiquée par le Dr PERCHERON)

Cellulite cutanée chez une femme atteinte de fibrome

Mme B..., 45 ans, sans profession.

Pas de maladie grave dans les antécédents. Réglée à 15 ans, régulièrement, sans douleurs. Accouchement normal à 19 ans. Avortement de 6 semaines à 35 et à 38 ans, sans incidents à la suite. En 1911, la malade a commencé à souffrir du ventre par crises tous les 2 ou 3 mois : les crises sont venues à des époques variables par rapport aux règles, sans que la malade puisse préciser. Début brusque par douleur à gauche dans le ventre, durée de 5 à 6 jours avec constipation, sans ballonnement du ventre. Coliques : pas de vomissements ; appétit normal.

Le 26 janvier à 2 h. du matin, crise de douleurs très violentes débutant à gauche, se généralisant, donnant à la malade des envies de tousser. A 7 h. une piqûre de morphine ne la calme pas. Les règles viennent à 8 heures. La douleur continue.

Le 28, l'état reste le même. (Les cataplasmes et lavements laudanisés sont restés sans action). Elle rentre à l'hôpital. La douleur se calme progressivement en 6 jours sans autre traitement que l'alitement. On conseille l'intervention ; diagnostic porté : kyste.

Les règles sont régulières, venant toutes les 4 semai-

nes, non douloureuses, quelquefois la malade a des migraines.

Constipation. Mauvaises digestions.

Début du traitement 26 février 1913. Au toucher on trouve une tumeur du volume d'une très grosse mandarine, mobile avec l'utérus (kyste ou fibrome).

28 février. — La malade a souffert le 26 des hanches et un peu du ventre. Le 27, la tumeur a paru plus grosse que la veille. Fibrome.

8 mars. — La malade se plaint de douleurs et de craquements, d'ailleurs constatables dans le genou droit. Elle se plaint également d'essoufflement facile avec sifflements dans la poitrine surtout à droite.

A l'auscultation : sibilances au sommet droit, surtout inspiratoires : l'expiration est brève. A l'examen, douleurs cutanées sur l'épaule, le dos et le thorax. A noter un point situé au niveau du 4e espace intercostal droit *chaque malaxation de ce point provoque une quinte de toux.* Massage des différentes reprises douloureuses et exercices respiratoires d'expiration prolongée avec pressions thoraciques.

12 avril. — Règles.

24 mai. — Arrêt du traitement. La malade ne souffre pas du ventre. L'utérus est plus isolé, et son volume s'est sensiblement modifié. Amélioration très grande de la cellulite des régions traitées.

OBSERVTTION XXV

Communiquée par le Dr Percheron

Cellulite pelvienne simulant une lésion annexielle

Mme B..., 41 ans.

Pas de maladies graves dans les antécédents. Réglée à

15 ans régulièrement mais fortement et avec caillots sans douleurs.

Mariée à 20 ans. Pas de grossesse.

Depuis le début du mariage la malade souffre un peu du ventre et éprouve des malaises généraux avant les règles.

A 2 reprises elle a suivi un traitement de massage pour l'estomac à 12 ans et à 16 ans.

Il y a 5 ans, elle a souffert dans l'aine et dans la cuisse droites (40 jours de lit avec glace) : elle est soignée pour métro-salpingite, appendicite et cystite. Depuis, tous les 2 mois, violentes crises de douleurs dans tout le côté droit du ventre et dans le haut de la cuisse, durant 2 jours, calmées par des compresses chaudes. En dehors de ces crises, se plaint seulement de gargouillement chaque nuit.

Début du traitement : 15 mars.

La malade a eu ses règles, le 25 février. On trouve à l'examen de la cellulite abdominale et pelvienne sous-cutanée, et péri-vaginale et péri-rectale. Au-dessus du col utérin le toucher fait sentir une masse du volume d'une noix, dure, régulièrement arrondie, faisant un angle avec le col. Est-ce simplement le corps. Y a-t-il un fibrome surajouté ? Il y a certainement de l'œdème péri-annexiel bilatéral.

23 mars. — Règles. La malade a souffert hier toute la journée et cette nuit dans le ventre, le dos, le haut des cuisses.

29 mars. — Les règles ont été moins fortes que d'habitude. Actuellement la malade ne perd plus, mais après le massage gynécologique on retire encore un liquide légèrement rosé.

3 juin. — On trouve au toucher une induration ligamentaire douloureuse profondément à droite. Le rectum est douloureux. La malade ne souffre plus dès qu'on

a retiré le doigt. Elle est geignarde, mais accuse deux améliorations : 1° les règles ; 2° la vessie. Elle se plaint de ne pouvoir marcher. On lui dit que le traitement seul peut l'améliorer et la guérir, mais il faut que l'induration cellulitique disparaisse.

13 juillet 1912. — On cesse le traitement. La malade est très améliorée. La cellulite pelvienne est bien moins douloureuse ; la périrectale notamment. Les secousses imprimées au ventre retentissent toujours douloureusement dans le côté gauche. Les ligaments sont toujours très peu élastiques, l'utérus est peu mobile et se trouve toujours très fortement antéfléchi sans réduction possible. La cellulite des membres inférieurs est bien moins douloureuse.

6 juillet 1913. — La malade revient parce qu'elle souffre de crises vésicales et de douleurs dans le côté droit du ventre pour lesquelles elle s'est fait soigner à l'hôpital Necker. Cystoscopie négative, instillations uréthrales au protargol qui ont soulagé les douleurs sans les faire disparaître complètement. Le méat semble absolument normal.

On lui recommence le traitement : massage gynécologique et neurodermique.

A la sortie, la malade s'est bien portée.

OBSERVATION XXVI

Lumbago chronique (Personnelle)

M. P..., 38 ans, vient consulter à la clinique de Kinesithérapie Gynécologique pour un lumbago dont elle souffre

depuis un an. La flexion du tronc n'est possible que jusqu'à 90 degrés. La marche est fatigante, le sommeil pénible. Sensation de lassitude au réveil.

Il existe deux points cutanés symétriquement placés de chaque côté, et à cinq centimètres environ de la colonne vertébrale, dans la région lombaire.

Le pétrissage léger des téguments à ce niveau amène la disparition des douleurs en neuf séances.

Dès le 4e jour, la flexion du tronc atteint facilement 125 degrés.

La malade est également atteinte d'obésité. Le pétrissage de la peau du ventre et la gymnastique donnent à la neuvième séance comme amélioration : une perte de poids de 500 grammes, et une diminution du tour du ventre de quatre centimètres.

OBSERVATION XXVII

Lumbago chronique (Dr Wetterwald)

Dr R..., médecin militaire, a fait *sept* cures à Aix-les-Bains, pour des douleurs lombo-sacrées sans aucun résultat.

Il ne peut préciser le siège des algies, et est très étonné lorsqu'au premier examen le Dr Wetterwald pose le doigt sur quatre points horriblement douloureux ; deux lombaires, et deux sacrés. Léger empâtement des téguments. Impossibilité de monter à cheval depuis des années.

Début du traitement : 15 novembre 1912.

Le lendemain le Dr R... accuse une légère améliora-

tion, et est stupéfait que des manœuvres si légères produisent un résultat si prompt. « Il est vrai, dit-il, qu'après le massage d'Aix je me sentais fatigué, anéanti, tandis que le vôtre laisse une sensation d'allègement. »

Le troisième jour, le confrère sent ses douleurs revenir : il faut dire qu'il a opéré le matin deux hernies, et qu'il a gardé pendant deux heures la position penchée.

Les jours suivants l'amélioration revient. Au massage on ajoute quelques mouvements de gymnastique appropriés.

A la cinquième séance, le malade, couché sur le dos, peut s'asseoir sans l'aide des mains, *chose impossible depuis des années.*

Il se sent rajeuni, moins frileux, fait sa gymnastique tout nu, lui qui se couvrait de laine.

Cessation du traitement et guérison après dix séances.

OBSERVATION XXVIII

Névralgie dorsale (Dr Wetterwald)

Mlle Nic, 28 ans, souffre depuis plusieurs mois d'une douleur qu'elle localise le long de la colonne vertébrale, dans la région dorsale.

Le Dr Wetterwald consulté le 3 juillet 1911, précise immédiatement entre le pouce et l'index le siège de la douleur qui est le point inter-omo-vertébral droit.

En cinq séances de malaxation cutanée, la douleur a disparu, et ne s'est plus reproduite depuis.

Conclusions

Nous nous sommes proposé, dans cette thèse, de montrer :

1° Que *le tégument* externe (peau et tissu cellulaire sous-cutané) et l'interne (muqueuse et tissu conjonctif sous-muqueux) sont *le siège habituel et commun des algies* désignées sous les vocables distinctifs de névralgies, topoalgies, rhumatisme musculaire, odynies, myites, névrites.

2° Qu'en aucun cas la douleur ne peut constituer le symptôme *unique*, subjectif, des algies, mais que ces dernières sont toujours accompagnées de signes objectifs, de *lésions matérielles*, débutant par la périnévrite et l'œdème dur, scléreux. La recherche topogaphique des algies se fait à l'aide des *points douloureux cutanés*.

3° Que ces points douloureux occupent des situations variables en nombre, suivant l'étendue des lésions, mais fixes dans leur localisation, qui correspond toujours à celle des *nerfs sensitifs* aboutissant à la peau.

4° Que le traitement manuel *neuro-dermique*, ou malaxation légère des tissus superficiels et des nerfs

sensitifs cutanés, constitue une excellente méthode curative ou palliative des algies et de leurs symptômes accessoires.

Les observations rapportées démontrent, en effet, que cette méthode a réussi dans des cas où tous les autres traitements (y compris le massage ordinaire), avaient échoué. Elle provoque surtout des effets réflexes de stimulation sur la nutrition.

La *cellulite* est l'œdème mou et dur du tissu cellulaire, altération macroscopique, et peut-être seulement microscopique en certains cas, produite par des causes qui sont celles de la diathèse arthritique.

La cellulite est une *présclérose*, une sénilité, souvent précoce, des tissus, débutant par la prolifération et l'hypertrophie du tissu conjonctif, aboutissant à la rétraction, à l'atrophie, à la sclérose.

La notion de cellulite, par l'obstacle permanent que cette dernière apporte au fonctionnement normal des tissus et des organes de l'économie, peut contribuer à *éclairer la pathogénie et la symptomatologie de l'arthritisme*, dont elle semble constituer la *lésion anatomique*.

Vu : le Président de Thèse,
A. ACHARD.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

Bibliographie

ALBAHARY. — Le mécanisme nerveux dans le processus nutritif. Paris 1911. Maloine.

ARAN. — Maladies de l'utérus 1852.

AUDRAN. — Le tissu lymphoïde devant les grandes diathèses et l'intoxication. *Progrès Médical*, n° 34. 24 août 1912.

BALFOUR. — Observations with cases illustrative of a New Simple and Expeditious Mode of Curing Rheumatisme and Sprain. Edimburgh, 1816.

BECUS G. — L'éducation physique des arthritiques. La Pratique des Agents physiques, mai 1910.

VON BERGMANN. — Le trait. diét. et physioth. de l'obésité. III[e] Congrès intern. de Physioth. Paris, 1910.

BERNE. — Le massage théorique et pratique, 4[e] édition, 1908.

BOUCHARD (Pr.). — Maladies par ralentissement de la nutrition. Pathologie générale.

BOURCART. — Traitement de l'appendicite aiguë et chron. par le massage vibratoire manuel. *Arch. génér. de Cinésie*. Mai 1909.

BOURCART et WIDE. — Traité de gymnastique médicale suédoise. Genève, 1898. Paris, Félix Alcan.

Bourcart et Cautru. — Le ventre. Estomac et intestins, I-II.

Bralant. — Pseudo-Métrite. Soc. de Kinésith., 17 février 1905.

Bralant. — Œdèmes annexiels et infiltrations cellulitiques du bassin. *Revue de Cinésie*. Juin 1908. Congrès de Physioth. des Méd. de L. franc. Paris, 1908.

Brousse. — V. Descomps.

Cautru. — II[e] Congrès de Physioth. Rome, 1907.

Cazalis. — Contribution à la pathogénie de l'arthritisme. Paris, 1895. Doin.

Colmaire. — La cellulite sous-cutanée ou panniculite. Thèse inaug. 1899, Lille.

Cornelius. — Nervenpunkte. Die Nervenpunktlehre. Leipzig, 1909. G. Thieme. Traduction d'extraits in « Nevralgies » de Wetterwald.

Cyriax. — The Elements of Kellgreen's manuel treatment, ondon, 1903.

Dally E. — Plan d'une thérapeutique par le mouvement fonctionnel. Thèse Paris, 1859.

Dausset. — La cure de rajeunissement de Wetterwald. *La Pratique des agents physiq.*, n° 11. Novembre 1910.

Dausset et Durand. — Goutte et cellulite. *Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. de Paris*, n° 3. 7 février 1913, p. 131.

Delassus. — Myo cellulite, cellulite pelvienne. XIII[e] congrès intern. Paris, 1900.

Dercum (Pr.). — Adipose douloureuse. Philadelphie 1888.

Deschamps. — Traitement de la panniculite abdominale et des névralgies cellulitiques. II[e] congrès de Physioth. des Méd. de l. franc., Paris 1909.

Descomps et Brousse. — Points douloureux abdominaux. *Paris Médical*, 31 mai et 14 juin 1913.

Durey. — *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. de Paris*, 10 mars 1911, p. 143.

Fameune. — Le travail manuel agent de thérap.. phys. III[e] congrès intern. de Physioth. Paris, 1910.

Faure et Tournade. — Sur une variété d'adipose douloureuse. *Lyon Médical*, n° 19. 11 mai 1913, p. 1005.

Fenard H. — L'adipose douloureuse, maladie de Dercum. Thèse de Paris 1911.

Féréol. — Nodosités éphémères cutanées chez les arthritiques. Compte rendu de la 7[e] session pour l'avancement des sciences.

Feuillée. — Leucopathies. Paris, Stenheil 1909.

Froriep. — On the therapeutic application of electric magnétism in the treatment of rheumatic and poral affection. Translated by R. M. Lawrence. M. D. London 1850.

Gautrelet T. et H. de Lalaubie. — Les troubles généraux de la circulation chez les arthritiques. Revue des maladies de la nutrition. Février 1909.

Gendron. — De quelques cas de cellulites traités et guéris par la Kinésithérapie. Bull. et Mem. de la Soc. de M. et de Chir. de Bordeaux, 3 juin 1910.

Gendron. — Contribution à l'étude des cellulites. Bull. et Mem. de la Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. 21 juillet 1911.

Geoffroy Saint-Hilaire. — Des œdèmes abdomino-pelviens en gynécologie. Thèse de Paris 1898.

Georgii. — Kinésithérapie ou traitement des maladies par le mouvement selon la méthode de Ling. Paris 1847.

Grandmaison (de). — Traité de l'arthritisme, 1908.

Grias. — Quelques indications de la Thérapeutique par le mouvement. Arch. Méd. d'Angers. 1912.

Guermonprez (Pr). — Gymnastique respiratoire. Paris 1907. Rousset.

Hanot. — Cité par Richardière in Arthritisme. Traité de Brouardel et Gilbert.

Hanriot. — Contribution à l'étude d'une des manifestations de l'arthritisme. La Cellulite. Thèse de Paris 1913.

Hartelius. — Traitement des maladies par la gymnastique suédoise. Société d'éditions scientifiques, 1899.

Hartenberg V. — Les céphalées musculaires. Presse Méd. n° 13. 14 février 1912.

Heckel. — Grandes et petites obésités. Paris 1911.

Hirschberg Rub. — Massage de l'abdomen. Bull. gen. de ther. 1887. CYIII 241 255.

Hogner R. — On Cellulitis or Panniculitis adiposa. Médic Times and Reg. 25 avril 1896.

Jacquet-Luc et Jourdanet. — Migraine par excitation fonctionnelle. *Revue de Médecine*, 10 avril 1909.

Jawger. — Chronic Rheumatic Myositis. The Lancet. 31 juill. 1909, p. 292.

Josephson. — Om den manuela af gynakologiska lidaudem. Stocklom 1891.

Josephson. — Cellulite de la paroi abdominale. In traité de Kinésith. gynécol. par Stapfer.

Juventin. — Le massage appliqué au traitement des maladies par ralentissement de la nutrition, 1897.

Kellgreen. — The technic of Ling's System London 1890.

Krikortz. — Contribution à l'étude du rhumatisme musculaire. Thèse Paris 1899-1900.

Labbé Marcel. — Traitement diététique et physioth. de l'obésité. IIIe congrès de physioth. Paris 1907.

Lagrange Fernand. — La médication par l'exercice 1904.

LAVIELLE. — L'arthritisme et son hygiène alimentaire. Bordeaux 1910.

LEJARS. — Les points douloureux appendiculaires. *Sem. méd., 11 mars* 1908.

LE NOIR. — L'obésité et son traitement, Paris 1910. Baillière.

LEVEN G. — L'obésité et son traitement. Paris 1910. Baillière.

LEVY FERN. — Causes et signes des névralgies faciales. *Gaz. des Hôp.*, juill. 1906.

LŒPER et ESMONET. — Points douloureux de l'artère iliaque droite et faux points appendiculaires. *Bull. Méd.*, 28 mai 1910.

LŒPER et ESMONET. — Les algies sympathiques et l'hyperesthésie abdom. *Presse Méd.*, 27 avril 1910.

LUTIKOFF. — De la cellulite abdomino-pelvienne. Traitement Kinésique. Thèse Paris, 1911.

MAC BURNEY. — On appendicitis. *New York Médical Journal*, 21 déc. 1819, p. 678.

MAUBAN. — L'arthritisme. Actualités médicales 1911. Baillière.

MAXWELL TELLING. — Nodular fibromyosotis, afevery day affection andits identity with, socolled chronic muscular rheumatism. The Lancet, 21 janv. 1911, p. 154.

MESNARD R. — Rhumatisme articulaire chronique progressif, traité par le massage et le mouvement. Comptes rendus de la Soc. de Kin. 1900.

MILLON. — Résultats de l'examen de la sensibilité gastrique et épigastrique dans les dyspepsies. Thèse, Paris 1902.

MONTEUUIS. — Les abdominales méconnues. Baillière.

DE MUNTER. — Traitement des névralgies du membre inférieur. Arch. génér. de Kinésith et de physioth., mars 1910.

NORSTROM. — Traité théorique et pratique du massage, Paris, 1891.

NORSTROM. — Migraine. Trait. par le massage. Baillière, 1904.

PROFANTER. — Toux utérine et névroses dans les affections gynécologiques. Vienne, 1894.

PROFANTER. — Appendicites, pseudo appendicites et annexités. Résumé analytique par Wetterwald in *Arch. gén. de Kinésith.* Juillet-Août 1909.

RENAULT (P. H.) — Traité d'histologie.

ROMANO. — Effets dynamogènes et cardio-vasculaires du massage abdominal. Thèse de Paris, 1895.

ROSENTHAL. — Méthode de l'exercice physiologique de la respiration. Manuel pratique de Kinésithérapie, fasc. III, p. 58.

SAQUET. — Action trophique locale du massage abdominal léger. *Bull. gén. de thérapeutique*, 8 nov. 1908.

SAQUET. — Contractures périarticulaires : crampes professionnelles, troubles de la sensibilité ; névralgies ; suites de phlébites, in *Gaz. Méd.* de Nantes, 1893-1894.

STAPFER. — Traité de Kinésithérapie gynécologique, 1897.

STAPFER. — Cellulite et myocellulite localisée douloureuses. *Annales de Gynéc. et obstétr.*, 1892, 2e s., p. 14.

STAPFER. — Préface des « Névralgies » de Wetterwald.

STAPFER. — Gynécologie. Manuel pratique de Kinésith., fasc. II.

RALPH STOCKMANN. — The causes, pathology and treatment of chronic rheumatism. Edinburg *Medical Journ.* New-Séries, vol. XV, 1904, p. 107-116 et 223-235.

TESTELIN. — Des œdèmes dans la diathèse arthritique. Thèse 1884

VALLEIX. — Traité des névralgies 1841.

VIDESTROM. — Och. celluliter. bakenbotten. Hygrea, 1891, Sid 168.

Mlle WEILL. — Les points douloureux abdominaux et les erreurs de diagnostic qu'ils entraînent. Thèse Paris, 1911.

WETTERWALD. — Les Névralgies du tissu cellulaire. 1er congrès de physiothérapie des médecins de langue française. Paris 1908. *Revue de Cinésie*, mai 1908.

— La Presclérose organique et son traitement manuel. IIe congrès de Physiothérapie des médecins de langue française, Paris 1909. *Journal de physiothérapie*, juin 1909.

— Le massage dans les névralgies. *Journal des Praticiens*, 21 août 1909.

— Appendicite, pseudo-appendicite, annexite. Archives générales de Kinésie. juillet-août 1909.

— Les Névralgies 1910. (1 vol. Vigot fr. 1910).

— Topographie des Névragies. Planche iconographique. Paris-Maloine.

— Traitement manuel dans les névralgies, névrites et autres formes de la cellulite. *Médecine Moderne*, 26 mars 1910.

— Indications et contre-indications du massage dans les névralgies. La Clinique, 3 juin 1910.

— 30 observations du traitement manuel neuro-dermique. IIIe Congrès de Physiothérapie des médecins de langue française 1910. Pratique des Agents physiques, août 1910.

— Le rôle thérapeutique du mouvement. Manuel pratique de Kinésithérapie, fasc. I., 1912. (Alcan).

— Les Maladies de la Nutrition. Manuel pratique de Kinésithérapie, fasc. V. 1912 (*ibid*).

— Les Cellulites. *Journal Médical Français*, 15 septembre 1913.